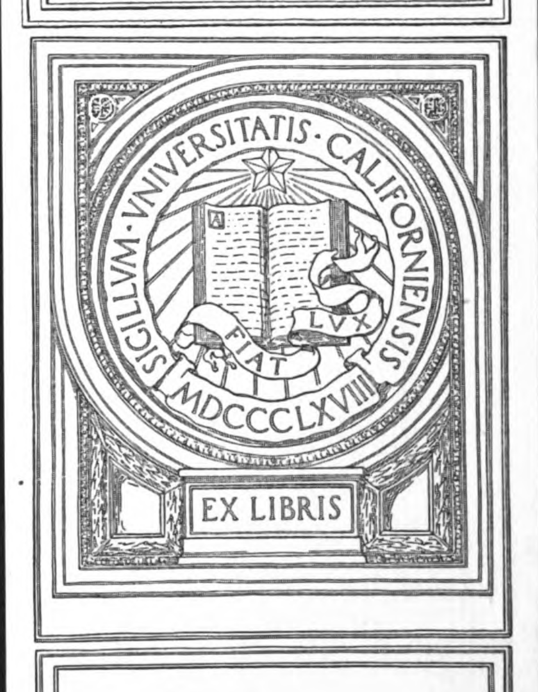
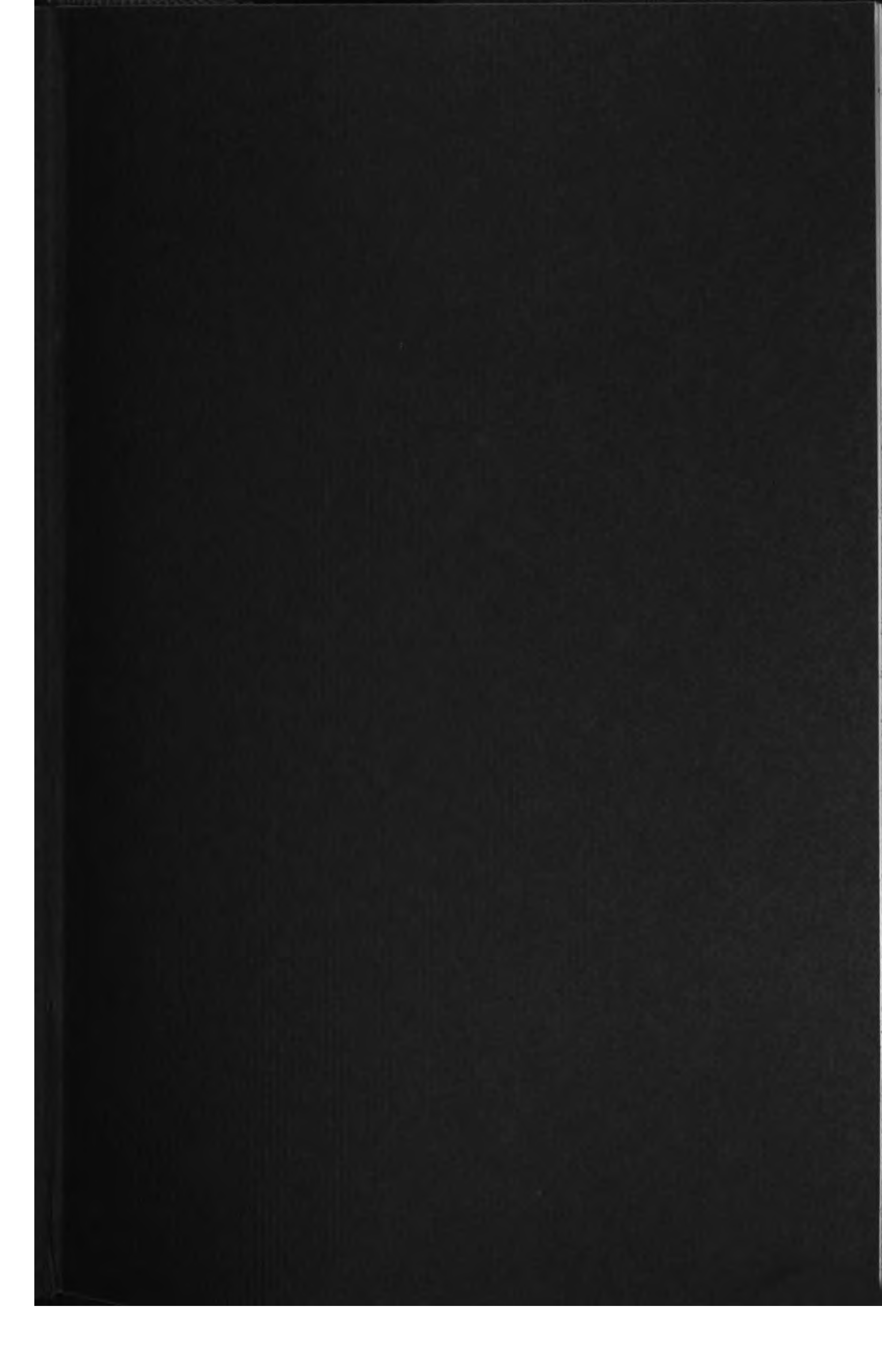



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



Zen

Gynae

SC

E.

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete

Herausgegeben von

O. Beuttner Genf   **A. Döderlein** München   **Ph. Jung** Göttingen   **B. Krönig** Freiburg   **C. Menge** Heidelberg   **O. Pankow** Düsseldorf

E. Wertheim Wien   **W. Zangemeister** Marburg

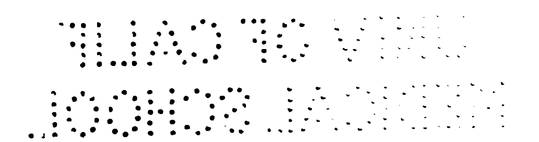
Redigiert von

E. Runge-Berlin und **W. Zangemeister**-Marburg

Zweiter Band



Berlin
Verlag von Julius Springer
1913



Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis.

Geburtshilfe.

Zusammenstellung der in Band 2 enthaltenen „Ergebnisse".

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 1. S. 1—80

Ergebnisse.

9.

Perityphlitis und weibliches Genitale.

Von
Dr. **Rudolf Pollak**, Prag.

1. Geschichte.

Bis vor etwa 20 Jahren gab es eine überaus geringe Literatur über das vorliegende Thema. Aus dem Jahre 1836 rührt die älteste Angabe her, von Stumpf[218]), der eine Ruptur des Blinddarmes bei einer Gebärenden beobachtete. Dann verfließt ein langer Zeitraum, bis 1882 eine unsichere Angabe von Fehling[52]) die Stille unterbrach. In seinem Handbuche der Geburtshilfe kann P. Müller[143]) 1889 erwähnen, daß Typhlitis und Perityphlitis während der Schwangerschaft vorkommen und Störungen des Schwangerschaftsverlaufes verursachen können. Dann kam ein Umschwung von Amerika her: Binkley[12]), Edelbohls[44]), Krug[107]), F. H. Martin[132]), Robinson[180]), L. J. Smith[210]), etwa zu gleicher Zeit wurden Beobachtungen französischer Autoren: Krafft[103]), Muret[147]) veröffentlicht. Foges[55]) war der erste deutsche Autor, der die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Beziehungen zwischen Perityphlitis und weiblichem Geschlechtsorgane gelenkt hat.

2. Ätiologie.

Als Hauptvermittler der Beziehungen zwischen Appendix und Genitalorganen des Weibes wurde von zahlreichen Autoren das Ligamentum Clado[28]) oder appendiculo-ovarium angesehen. Broesike[21]), Woldeyer[230]), Nagel[149]), A. Martin[131]), von jüngeren Autoren Czyzewycz[33]), Lockwood[124]) glauben an die Bedeutung des genannten Ligamentes. Aber schon Barnsby[5]) hat seine Bedeutung, ja seine Existenz bestritten, Füth[63]) es als Ausnahme angesehen, Th. Landau[117]), Mendes de Leon[136]) Cholodkowsky[27]) bestreiten seine Bedeutung. Autoren der neuesten Zeit sprechen übereinstimmend die Ansicht aus, daß die Schwangerschaft zur Appendicitis wohl nicht disponiert, jedoch zu Rezidiven eines schon vorher vorhanden gewesenen appendicitischen Prozesses. So sprechen v. Rosthorn[185]), Rosner[184]), Myer[148]), Roncaglia[182]). Nach Sutter[219]) ist ein in der Schwangerschaft auftretender Darmkatarrh bei anderen verdächtigen Symptomen als ernstes ätiologisches Moment zu betrachten. Pankow[158]) bemerkt, daß in der Bewertung der ätiologischen Momente die Gonorrhöe und der septisch-puerperale Prozeß viel zu hoch eingeschätzt würden. Die Wege, auf denen entzündliche Prozesse vom Wurmfortsatz zu den Genitalien und umgekehrt fortgeleitet werden können, sind nach E. Fränkel[59]): I. Intraperitoneal: 1. durch die Blut- und Lymphgefäße; 2. durch die bei eitrigen Adnexitiden sowie bei appendicitischen Eiterungen häufigen Verwachsungen mit Dünndarmschlingen; 3. auf dem Wege des Kontaktes zwischen beiden Organgruppen. II. Extraperitoneal: 1. durch das subseröse Zellgewebe; 2. durch das Zellgewebe zwischen den Mesenterialplatten des Coecums und des Mesenteriolums der Appendix.

3. Frequenz.

Die Seltenheit der Appendicitis beim Weibe war früher allgemeine Überzeugung. Sonnenburg [214]) gibt an, daß 60% erkrankter Männer seines Materials 40% Frauen gegenüberstehen. Th. Landau[117]) hält das Vorkommen beim Manne für häufiger als beim Weibe. Bei Myer[148]) fielen von 143 Fällen 52 in die Gravidität, 22 ins Wochen-

bett. Roesing [182]) teilt mit, daß unter 16 000 gefangenen Frauen nur 22 mal eine Appendicitis diagnostiziert wurde. Auch Michel[139]) hält die Frequenz für relativ selten. v. Rosthorn[186]) hatte unter 27 000 Geburtsfällen 2 Fälle. Coe[29]) hält die Appendicitis bei Frauen für häufig. Bettmann[11]) glaubt, von 12 Frauenerkrankungen rechts 7 mal Appendicitis, 5 mal Adnexitis als Ausgangspunkt der Erkrankung ansehen zu müssen. Nach H. H. Schmid[199]) wurde die Häufigkeit früher unterschätzt. Pankow[159]) sagt, daß die Blinddarmentzündung beim Weibe eine sehr häufige Erkrankung sei. Etwa 60% aller Frauen haben in der Zeit der Geschlechtsreife eine solche durchgemacht. Hadra[72]) hält die Annahme, daß Appendicitis bei Frauen seltener ist, nur für die schweren, akuten Formen für richtig. Geuer[67]) läßt die Prädilektion der Männer nicht gelten. Das Überwiegen derselben in der Statistik erklärt sich daraus, daß bei der Frau die Appendicitis leicht zugunsten von rechtsseitiger Adnexitis übersehen wird. Dieser Ansicht sind auch Mundé[145]) und Campione[25]). Treub[225]) hält an der Seltenheit des Vorkommens beim Weibe fest. Villar[227]) fand bei 25 Appendicitisfällen 6 weibliche. Bei Rotter[188]) stehen 31 Männer 15 Frauen gegenüber. Riedels[178]) Material umfaßt 199 Männer und 114 Frauen. Dührssen[39]) hat in 320 Laparotomien den Processus 10 mal erkrankt gefunden. Kelly[96]) fand bei 200 Laparotomien 26 mal und in einer Serie von 100 radikalen Totalexstirpationen 27 mal eine verwachsene Appendix, Shoemaker[209]) bei 100 Laparotomien 10 mal chronische Appendicitis, A. H. Smith[211]) unter 100 Fällen von Pyosalpinx 7 von Appendicitis, Mc. Laren[113]) bei 200 Laparotomien 158 mal entzündete Anhänge, in 80 Fällen war die Appendix erkrankt, Amann[2]) bei 180 Laparotomien die Appendix 17 mal erkrankt. A. Martin[131]) hat bei 171 Operationen rechtsseitiger und 276 doppelseitiger Sactosalpingen nur 6 mal eine innige Verwachsung der Appendix mit der Tubengeschwulst angetroffen. L. Landau[112]) konnte unter vielen Hunderten von Operationen den Zusammenhang des entzündeten Wurms oder des perityphilitischen Exsudats mit den entzündeten Genitalien sehr selten konstatieren. E. Fraenkel[57]) mißt dessen Beobachtungen wenig Beweiskraft bei, weil Landaus[112]) meiste Operationen auf dem vaginalen Wege gemacht sind.

4. Pathologische Anatomie und Histologie.

Das pathologisch-anatomische Bild, welches die erkrankte Appendix bietet, kann ein überaus wechselndes sein. Der Wurmfortsatz kann überdies makroskopisch anscheinend normal sein, und doch mikroskopisch deutliche Veränderungen der Schleimhaut als auch des serösen Überzugs bieten. Die schwerste Form, Appendicitis gangraenosa, findet sich nach Fraenkel[58]) fast nie, da diese gewöhnlich so schnell zu diffuser Peritonitis führt, daß sie einer eigentlichen Komplikation keine Zeit zur Entwicklung läßt. Schäffer[195]) beschreibt das pathologische-histologische Bild: es zeigt vollkommenes Intaktsein des Epithels, dagegen Folliculitis und starke Lymphgefäßerweiterung der muskulären Schicht, also nur Tiefenveränderungen.

5. Beziehungen der Appendicitis zu den Genitalien.

In erster Linie kommen die Verwachsungen in Betracht, die der kranke und manchmal auch der gesunde Wurmfortsatz mit der Nachbarschaft eingeht. Foges[55]) und Hermes[79]) beschreiben Verwachsungen mit dem Blinddarm, Hermes solche mit dem Dünndarm, Amann[2]), Boije[15]), Hermes, Kiefer[97]), Krüger[108]) mit dem rechten Eierstock, Foges mit dem Uterus, Beck[9]) mit Uterus und rechtem Eierstock, Amann und Kaufmann[96]) mit der Tube, Foges und Reynés[177]) mit der Blase, Jaggard[90]) mit dem Mastdarm, O'Conor[30]) mit Tube und Eierstock, Krüger mit Darmschlingen, Blase und Tube.

Aber nicht nur mit gesunden Organen tritt die Appendix in Beziehungen, sondern auch mit erkrankten Organen, beziehungsweise mit Neubildungen der Umgebung. Beck[9]) sah Adhäsionen der Appendix mit einer Hydrosalpinx, Wells[234]) und Barbat[4]) mit Ovarialcysten, Binkley[12]), F. H. Martin[132]), Falk[51]) mit Pyosalpinx, Geldner[66a])

sah eine feste Verwachsung des gesunden Wurmfortsatzes mit aktinomykotischen Ovarien, Krüger[108]), Hermes[80]), Linkenheld[122]) mit extrauterinem Fruchtsack, A. Martin[131]) mit einem Lithopädion, Korn[100a]) mit einem schwangeren Uterus, Seifert[205]) mit einem großen Cervixmyom. Komplikationen mit Myom berichten ferner Karewski[95]), Villar[227]), Amann[2]), Jewett[92]). Von den Erkrankungen der weiblichen Genitalien, die eine Appendicitis komplizieren, sind die Adnexerkrankungen die häufigsten. Es kann zweifelhaft sein, welche Erkrankung die primäre war. Nach Fraenkel[58]), Mc. Laren[114]) und Smith[210]) ist die primäre Erkrankung der Appendix häufiger als die der Adnexe. Dagegen geht nach Kümmell[109]) der Prozeß öfter von der Tube aus. Scheel[197]) ist derselben Meinung, in Amann[2]), Dührssens[39]) und Vinebergs[229]) Fällen war die Erkrankung der Appendix sekundär. Hartmann[76]) widmet der Fortpflanzungsart der Infektion von den Adnexen auf den Wurmfortsatz und umgekehrt einen großen Zeil seines Buches. Sehr oft ist nicht zu entscheiden, von welchem der Organe der Prozeß ausgegangen ist. Wohlgemuth[237]) hält in einem Falle von Appendicitis in Komplikation mit Tubenruptur eine von der Appendix abgeleitete Entzündung für die Ursache der ektopischen Ansiedlung. Shoemaker[209]) hat gonorrhoische Sactosalpingen mit adhärentem Processus entfernt; sekundäre Appendicitis. Linkenheld[122]) faßt ein Präparat, bestehend aus einem Ovarialabsceß und dem damit verwachsenen, ebenfalls vereiterten Wurmfortsatz, als primäre Appendicitis auf. Kaiser[93]) kennt Fälle, in denen neben Nierenbeckenkrankheiten Adnexentzündungen und Appendicitis vorkommen. Die letztere hält er stets für primär. Smith[210]) läßt in 7 Fällen von Pyosalpinx in Komplikation mit Perityphlitis die Frage unentschieden. Edebohls[44]) beschuldigt in allen Fällen die Adnexe als Ursache der Appendicitis. Borchardt[16]) hat 3 mal bei Jungfrauen Vereiterung der Adnexe mit Appendicitis gesehen, hier war sicher die Appendicitis primär. Ochsner[152]) hat unter 51 operierten Fällen von Perityphlitis 15 mal sekundäre Erkrankung der Adnexe gefunden. Seitz[207]) beschreibt Fälle von Verwachsung der rechten Adnexe mit dem Wurmfortsatz, die Erkrankung des letzteren war nach dem Befunde sekundär. Im Falle von Kraus[103]) war eine große Tumormasse, aus Tube, Eierstock, Netz und Appendix bestehend, tuberkulös. Die Appendicitis muß hier sekundär gewesen sein. Ähnlich in einem Falle von Mittermaier[141]a), wo beiderseitige gonorrhoische Salpingitis mit der Appendix innig verwachsen war. Körte[101]) hat Fälle gesehen, bei denen die Erkrankung von der Appendix ausgegangen und ins Becken hineingekrochen ist. Hermes[81]) ist überzeugt, daß in der Mehrzahl der Fälle die Frage, welche Erkrankung primär ist, unbeantwortet bleiben wird.

Eine nicht seltene Folge von Appendicitis perforativa sind Douglasabscesse, solche sind beschrieben von Hermes, Rotter[188]), Krüger[108]), Lenander[115]), Czyzewicz[33]). Auch Parametriten sind mitunter Folge von Appendicitis: Treub[225]), Stratz[217]), Dutilh[42]), Olshausen[155]), Kraussold[104]), Blumreich[14]), Fritsch[61]), Dührssen[59]).

Pankow[158]) beschuldigt die Appendicitis, manchmal Sterilität zu verursachen. Mininsohn[140]) fand unter 32 Fällen von Operation der rechten Adnexe die Appendix 20 mal unverändert, in 12 Fällen 5 mal mit den Adnexen verwachsen, in 7 Fällen waren beide Prozesse voneinander unabhängig. Grekow[71]): Aus komplizierten Fällen ergibt sich der innige Zusammenhang von Appendicitis und Adnexitis, sowie die daraus entspringenden diagnostischen Schwierigkeiten. Menstruationsstörungen während der Appendicitis bei Virgines intactae lassen auf Verwachsungen von Wurmfortsatz und Adnexen schließen. Lieblein[120]) fand bei einem jungen Mädchen den Wurmfortsatz mit dem Uterus verwachsen. Seeligmann [204]) operierte bei einer Frau, die nach der letzten Regel ein Trauma erlitten hatte, eine Extrauteringravidität. Mit der Kuppe des Tumors war die Appendix verwachsen, im Zustande einer hochgradigen akuten Entzündung. Das Trauma war wahrscheinlich Ursache der Extrauteringravidät, und diese die indirekte Veranlassung der Appendicitis.

6. Einfluß der Gravidität auf die Appendicitis.

Rostowzew[187]) vindiziert der in Schwangerschaft und Wochenbett so häufigen Verstopfung ätiologische Bedeutung für die Entwicklung der Appendicitis. Auch Marx[133]) glaubt, daß der schwangere Zustand für das Auftreten dieser Krankheit prädisponiere. Nach Semb[208]) schafft die Schwangerschaft nicht die Disposition für die Appendicitis, sondern vielleicht die für die Rezidive. Ähnlich äußern sich Schauta[196]) und Fellner[53]). König[100]) meint, daß die Schwangerschaft nicht imstande ist, eine Appendicitis entstehen zu lassen. Zu demselben Resultat kommt Boije[15]) auf Grund der Erwägung, daß die Perityphlitis verhältnismäßig selten während der Schwangerschaft vorkommt. Hlavacek[84]) äußert sich darüber so, daß sowohl eine während der Schwangerschaft frisch einsetzende, als auch eine vor derselben abgelaufene, jedoch nicht völlig ausgeheilte Appendicitis durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflußt wird. Widmer[235]) dagegen behauptet, daß die Schwangerschaft die Disposition zu Appendicitis nicht erhöht, sondern herabsetzt, und daß die Schwangerschaft auch den Verlauf einer schon bestehenden Appendicitis mit Ausnahme der schweren akuten Fälle günstig beeinflußt. Nach Füth[65]) kann der Blinddarm während der Schwangerschaft verlagert werden, indem er mit dem Wurmfortsatz aus seiner Lage auf der rechten Beckenschaufel herausgehoben und in eine bei Eintritt einer Entzündung viel gefährlichere Lage hoch in die Bauchhöhle gebracht werden kann. Nach v. Rosthorn[186]) kann der Geburtsakt für eine bestehende Appendicitis verhängnisvoll werden. Czyzewicz[33]) hält den Einfluß von Schwangerschaft und Geburt auf die Appendicitis für überaus ungünstig, oft zum Tode führend. H. H. Schmid[199]) macht den Einfluß der Gravidität auf die Appendicitis abhängig von der Schwere des Anfalls und von der Behandlung. Sehr günstig sind die Erfolge der Frühoperation, minder günstig, wenn länger als 48 Stunden abgewartet wurde. Hofbauer[86]) glaubt, daß neben der Verlagerung der Appendicitis auch eine durch die Gravidität bewirkte Disposition der Gewebe eine Rolle spiele. Fraenkel[57]) erkennt der Schwangerschaft gar keine Bedeutung für die Entwicklung der Appendicitis zu, was König[100]) viel zu weitgehend findet. In 18 Fällen der Klinik Engström[48]) hätte man nach Boijes[15]) Bericht in keinem der Schwangerschaft einen schädlichen Einfluß auf die Appendicitis zuschreiben können. Geuer[67]) schreibt der Schwangerschaft keinen schlimmen Einfluß auf eine einfache Appendicitis zu. Schauta[196]) lehrt: Ist der Schutzwall bis zur Geburt unversehrt geblieben, so besteht die größte Gefahr, daß infolge der Ortsveränderung des Uterus der Durchbruch erfolgt.

7. Einfluß der Appendicitis auf die Gravidität.

Dieser Einfluß kann sich verschiedenartig äußern. Nach Pinard[166]) in Fehlgeburt und Fruchttod. Mundé[146]) infolge der höheren Temperatur. Rostowzew[187]) durch Übergang der primären, in der Appendix vorhandenen Infektion auf den Uterus. Nach Hlavacek[84]) tritt da, wo nicht frühzeitig operiert wurde, Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Schauta[196]) und Fellner[53]) zeigen, daß durch Verschiebung der Bauchorgane beim Wachsen des Uterus der Schutzwall durchbrochen werden und es zu Fieber und Kollaps und so zur Wehentätigkeit kommen kann. Nach Geuer[67]) wirkt die Appendicitis nicht immer so auf die Schwangerschaft, daß sie unterbrochen wird. Hermes[79]) konstatiert die Tatsache der häufigen Unterbrechung der Schwangerschaft, Abrahams[1]), Fowler[56]), Mc. Arthur[3]) halten sie für unvermeidlich. Nach Webster[232]) ist der Einfluß der Appendicitis auf die Schwangerschaft in leichten Fällen belanglos, in schweren Abort und Fruchttod. H. H. Schmid[199]) bezeichnet den Einfluß der Appendicitis am günstigsten bei früher Operation. Croste[32]) sagt, daß die Schwangerschaft durch die Appendicitis oft unterbrochen wird. Von Goedeckes[68]) 16 Schwangeren, die früher eine Appendicitis durchgemacht hatten, blieben nur 5 beschwerdefrei. Es gibt auch genug Fälle, in denen die Schwangerschaft trotz des Bestehens von Appendicitis ohne operativen Eingriff bis zum normalen

Ende fortbesteht. So haben Abrahams[1]), Muret[147]) je 1 Fall, Coe[29]) mehrere Fälle beschrieben, die ohne Operation genesen sind und normale Entbindung durchgemacht haben. Außerdem ist in je einem Falle von Bayley[7]) Vineberg[229]) Vineay[228]), Hagapoff[73]), König[100]) und in 2 Fällen von Brandt[19]) die Schwangerschaft ungestört verlaufen. Fraenkel[57]) glaubt nicht, daß selbst ziemlich ausgedehnte Verwachsungen der Appendix mit den Genitalorganen imstande sind, einen schwangeren Uterus in seinem Wachstum aufzuhalten und zur Ausstoßung der Frucht zu veranlassen. Boije[15]) macht auf eine Folgeerscheinung der Appendicitis bei bestehender Schwangerschaft aufmerksam, auf eine Darmincarceration, beruhend auf Strangbildungen nach abgelaufener Appendicitis. Einen solchen Fall hat Fraenkel[57]) beschrieben, in welchem Mikulicz sich zum Leibschnitt entschloß. Pellet[161]) berichtet, daß Appendicitis gleichzeitig mit Extrauteringravidität vorkommen kann. Nach Rosner[184]) ist ein akuter Anfall von Appendicitis für die Schwangerschaft ungünstig. Den Einfluß der Appendicitis auf den Geburtsverlauf hält Fraenkel[58]) nicht für ungünstig. Der Einfluß auf das Wochenbett hängt von der Schwere der Erkrankung des Wurmfortsatzes ab. Als besondere Eigentümlichkeit des Wochenbetts schildert Fraenkel die durch die starke Verkleinerung des Uterus bedingte Kontinuitätstrennung des Schutzwalls mit Austritt von Eiter in die freie Bauchhöhle und tödliche Peritonitis. Muret[147]) und Mc. Arthur[3]) berichten solche Fälle. Die Gefahren des Wochenbettes liegen nach König[100]) in der Nähe eines für Infektion so empfänglichen Organs, wie es der puerperale Uterus ist. Geradezu verhängnisvoll kann das post partum vorgetäuschte Zurückgehen der Symptome werden, weil dadurch der rechte Augenblick zum Eingriff versäumt wird. Je ein Fall von Krönig[106]) und Oppenheimer[185a]) illustrieren diese Gefahr. Selten ist die Appendicitis perforativa im Spätwochenbett. Porak und Daniel[167a]) verloren einen solchen Fall, da sie infolge der Seltenheit die Diagnose nicht gemacht hatten. Die gleiche Erfahrung machte Lepage[118]).

8. Diagnose.

Die Diagnose der Appendicitis bietet selbst in unkomplizierten Fällen mitunter große Schwierigkeiten und gehört manchmal zu den unmöglichen Dingen, und Verwechslungen gehören hier zu den allerhäufigsten Erscheinungen. Während L. Landau[112]) und Winter[236]) meinen, daß eine rechtsseitige Adnexerkrankung zur Diagnose Appendicitis führen kann, bemerken Sonnenburg[214]) und Krüger[108]), daß die Appendicitis häufig für eine Genitalerkrankung gehalten wird. Sonnenburg[214]) legt großen Wert für die Diagnose auf die Anamnese, so auch Mendes de Leon[126]). Sonnenburg macht auf den Sitz des Exsudates aufmerksam, welches bei der Appendicitis hoch in der Nähe der Darmbeinschaufel sitzt. Gleich ihrem Meister Sonnenburg legen seine Schüler, wie Krüger[108]) einer sorgfältig aufgenommenen Anamnese und genauen Beobachtung des Krankheitsverlaufes großen Wert für die Diagnose bei. Große Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Parametritis darbieten. Noch schwieriger liegen die intraperitonealen Beckenabscesse appendicitischer Herkunft. Differentialdiagnostisch kommen perimetritische Abscesse, Tubenschwangerschaft, Pyosalpinx und Ovarialcysten in Betracht, am meisten verwendbar für die Appendicitisdiagnose ist die Höhe des Exsudats. Mit diesem Gegenstande befaßt sich auch Winter[236]). Nach Veit[226]) bleibt als maßgebender Gesichtspunkt für die Diagnose immer nur das Ergebnis der objektiven Untersuchung. Beck[9]) sagt bei Beschreibung der Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Krankheiten der Adnexe, daß, wenn ihnen auch der Schmerz und die Erscheinungen der Bauchfellreizung gemeinsam sind, doch den Adnexkrankheiten die fortschreitende Ausbreitungstendenz auf das Bauchfell fehlt. Auch A. Martin[139]) macht darauf aufmerksam. Nach Mundé[146]) werden der Diagnose die größten Schwierigkeiten erwachsen, wenn eine lange Appendix, die bis ins kleine Becken reicht, sich entzündet. Die Schwierigkeit der Diagnose steigt, wenn die Schmerzen in der Fossa ilei durch Kontraktionen des

schwangeren Uterus maskiert oder als Folge eines Wochenbettfiebers angesehen werden. Auch Pinard[166]) findet die Schwierigkeiten der Diagnose in der Schwangerschaft größer als unter anderen Verhältnissen. König[100]) hält die Diagnose für den Geburtshelfer für außerordentlich schwierig, ja sie kann unmittelbar vor der Geburt, während derselben und im Wochenbett unter Umständen unmöglich sein. Auf die Anamnese legt auch Füth[64]) großen Wert, während Amann[2]) diesen bestreitet. L. Landau[112]) hält nur den Untersuchungsbefund für entscheidend. Als ultimum refugium für verzweifelte Fälle hält Karczewsky[94]) die Probepunktion. Scheel[197]) findet differentialdiagnostische Schwierigkeiten bei Fällen von Neuralgia pelvis. Fraenkel[58]) hält die Symptome der Appendicitis für vieldeutig, was aber nicht bedeutet, daß man sie vernachlässigen darf. Labhardt[111]) findet, daß man in der zweiten Schwangerschaftshälfte bei der Diagnose der Appendicitis auf Anamnese, Symptome und subjektive Erscheinungen angewiesen ist, alle eigentlichen Befunde aber entbehren muß. — Manche Autoren wollen den kranken und auch den gesunden Wurmfortsatz getastet haben. Dieser, von Edebohls[44]) aufgestellten Behauptung stimmten einige andere amerikanische Operateure bei (Kelly[96a]), aber andere, sehr erfahrene Autoren, Sonnenburg[214]), Körte[101]), Rotter[188]), Mundé[146]), Grandin[69]) waren nicht imstande, auch nur den geschwollenen, erkrankten Wurmfortsatz durch die Bauchdecken zu tasten. Fraenkel[57]) gibt die Möglichkeit zu, und Kümmell[109]) ist es in einem Fall gelungen, den erkrankten Processus zu tasten. Routier[191]) und Borchard[16]) ist es in einigen Fällen gelungen, Appendicitis und Adnexentzündung nebeneinander zu diagnostizieren. — Zum Gegenstande Fehldiagnose teilt Krüger[108]) Fälle der Sonnenburgschen Klinik mit, welche unter unrichtiger Diagnose eingeliefert wurden. Beck[9]) fand eine Hämatosalpinx und wiederholt Tubenschwangerschaft, wo er eine Appendicitis vermutet hatte. Zweifel[239]) hat perityphlitische Abscesse gesehen, die vorher von einer Tubenschwangerschaft nicht zu unterscheiden waren. Kraussold[104]) incidierte bei einer Wöchnerin eine vermeintliche Parametritis, worauf die entweichenden Darmgase ihn auf die richtige Spur leiteten. Karczewsky[94]) hatte einen vom Wurmfortsatz ausgehenden Douglasabsceß für den Uterus gehalten. Bishop[13]) operierte eine Pyosalpinx unter der Diagnose Appendicitis. Rousseau[190]) schwankte bei einer Patientin in bezug auf die Diagnose zwischen Appendicitis und Neuralgie. Die Operation ergab 4 mal gedrehte Ovarialcyste. Travers[224]) berichtet über ein Fibrom, das Appendicitis vortäuschte. Solche Fehldiagnosen machen noch Legueu und Baussenat[114]), Falk[51]), Tixier[222]), Lomer[125]), Quénu und Delbet[170]) Elbogen[47]), Hermes[81]), Brandt[19]), Moraller[142]), Beahan[8]), Mc. Laren[113]), Krüger[108]), Fraenkel[57]). Delagéniere[35]) behauptet, daß man die bei der Appendicitis auftretende Dysmenorrhöe von der bei Adnexerkrankungen einsetzenden unterscheiden kann, da die Schmerzen bei den letzteren erst am Ende beginnen, bei Appendicitis im Beginn der Periode.

Über die Schwierigkeit der Diagnose äußern sich ferner Rosner[184]), Oui[157]), Michel[139]), Schmitt[200]). Auch v. Rosthorn[186]) hält die Diagnose für schwer; die Schwierigkeiten steigern sich während der Geburt und des Wochenbettes. Der genau lokalisierte Schmerz ist das sicherste für die Diagnose verwertbare Moment. Nach Coe[29]) kommen bei der Differentialdiagnose in Betracht: geplatzte Tubenschwangerschaft, akute Adnexerkrankung, Torsion eines gestielten Ovarialtumors, akute Pylitis, feste Kotmasse und Kolitis, Typhus. Nach H. H. Schmid[199]) außerdem noch: puerperale Adnexaffektionen, Para- und Perimetritis, Gallenblasen- und Nierenaffektionen, Ileus, Peritonitis anderen Ursprungs, Hernia inguinalis incarcerata, Ca. und Tbc. coeci, sogar Pneumonie und Malaria. Nach Th. Landau[117]) Stieldrehungen von Tumoren und Ovarialgeschwülsten, entzündliche Prozesse der rechten Adnexe, Extrauteringravidität, Ovarialcyste, Retroflexio uteri, Ren mobilis. Lieblein[120]) operierte eine im 8. Monate schwangere Frau mit starken Schmerzen in der Ileocöcalgegend; man mußte an Appendicitis denken. Die Operation ergab Ovarial-

cyste gedreht. Die anscheinend normale Appendix wurde entfernt; die mikroskopische Untersuchung ergab Reste alter Prozesse.

Conter[31]) sagt, daß Appendicitis Gravidität und Puerperium komplizieren kann. Die Symptome haben viel Gemeinsames mit denen des Wochenbettfiebers; und es ist sicher, daß viele Fälle, die man früher und wohl auch jetzt noch dem Wochenbettfieber zuschreibt, der Appendicitis zur Last fallen. Lindner[121]): in den ersten Monaten kommen differentialdiagnostisch Tubengravidität und -abort in Frage. In den letzten Schwangerschaftsmonaten gehört die Appendicitis zu den schwersten Komplikationen. Diagnose kann Schwierigkeiten bereiten. Gelegentlich des Todes einer im 3. Monate schwangeren Frau erklärt Fromm[62]), daß der Eingriff vielleicht um 1 Tag zu spät ausgeführt wurde. Die Schwierigkeit der Diagnose ist oft sehr groß, da Bauchdeckenspannung und Adipositát eine Appendicitisdiagnose unmöglich machen können. Runge[193]) zitiert in bezug auf die manchmal sehr erschwerte Diagnosenstellung Füth[64]), der darauf aufmerksam macht, daß Adnexentzündungen fast immer doppelseitig seien, daß dagegen ein einseitig rechts lokalisierter Schmerz immer an Appendicitis denken lasse. Lomer[125]) zum Kapitel Fehldiagnose: ein Mädchen war 7 Jahre lang wegen Unterleibsleiden in Behandlung verschiedener Ärzte. Lomer operierte und fand die Adnexe völlig gesund, aber die 14 cm lange Appendix hinter dem Coecum und bis fast an die Leber hinaufgeschlagen. Entfernung der Appendix. Seither gesund.

9. Prognose.

Fraenkel[57]) macht die Prognose von der Art und dem Grade der beiderseitigen Affektionen und von ihren intimen Beziehungen abhängig. Das Übergreifen einer Eiterung von einem Organe auf das andere kann lebenbedrohend sein. Bei bestehender Schwangerschaft ist die Prognose für die Mutter sehr ungünstig. Schauta[196]) hält sie für sehr ernst. Die Mortalität schwankt zwischen 20 und 30%. Von 4 Fällen seiner Beobachtung starben 2. Besonders schlecht ist die Prognose für die Kinder, nach Abrahams[1]) 85,7% Mortalität. Von 32 Fällen von Komplikation mit Schwangerschaft hat Vinay[228]) 10 durch den Tod verloren, in 13 kam es zu Abort. Rostowzew[187]) verlor von 12 Fällen die Hälfte. Pinard[166]) bespricht 45 Fälle während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Von 30 Operierten starben 10, von 15 Nichtoperierten 2. König[100]) hält die Prognose für die Kinder schlecht. Ihre Mortalität beträgt nach Jarca[91]) 51,7%. Sie werden entweder tot geboren oder gehen nach einigen Tagen an septischen Erscheinungen zugrunde. Pinard[166]) und König[106]) haben in je einem Falle in den Organen und im Blute der Föten Kolibacillen nachgewiesen. Boije[15]) stellt 31 wegen akuter Appendicitis in der Schwangerschaft operierte Fälle zusammen, von denen 14 starben; von 25 Nichtoperierten starben 6. Coe[29]) hält die Prognose nicht für so schlecht, als oft behauptet wird. Gauss[66]) hatte einen Fall von Perityphlitis mit Gravidität in Behandlung, der 1 Tag nach der Entbindung starb. Sektion ergab allgemeine fibröse Peritonitis, die von der Perforation eines perityphlitischen Abscesses in die Bauchhöhle ausgegangen war. Runge[193]): treten Appendicitisanfälle in der Gravidität auf, so kommt es in 45% zu Unterbrechung der Gravidität, eine fürs Kind sehr ungünstige Prognose; nicht viel besser ist die für die Mutter, denn von Operierten kamen 45%, von Nichtoperierten 24% zum Exitus. Renvall[176]) hält die Prognose des Tatbestandes der Schwangerschaft bei Appendicitis simplex für recht gut. Bei der von der Appendicitis ausgehenden diffusen Peritonitis kann sich die Prognose bei frühzeitigem operativem Vorgehen günstiger gestalten, als bisher angenommen, sowohl für die schwangere Frau, als für den Fortbestand der Schwangerschaft. Sutter[219]) sagt, daß das Zusammentreffen von Appendicitis und Gravidität als prognostisch sehr ungünstig anzusehen ist, was auch H. H. Schmids[199]) Meinung ist. Mit Rücksicht auf das Kind empfiehlt Stähler[215]) im schwangeren Zustande eine frühzeitige Operation. McArthur[3]), Marx[133]), Tissier[221]) empfehlen außer dem Eingriffe auf die Appendicitis auch sofort eine künstliche Entleerung des Uterus

vorzunehmen. Dagegen spricht die erwiesene Möglichkeit einer Erhaltung der Schwangerschaft und die erhöhte Lebensgefahr, also Verschlechterung der Prognose bei gleichzeitiger Ausführung zweier schwerer Eingriffe. Rosner[184]) hält den akuten appendicitischen Anfall während der Schwangerschaft für überaus ungünstig.

10. Therapie.

Da es sich meist um Eiterungen oder um chronische Prozesse handelt, die zu Rezidiven neigen, so ist die Behandlung eine operative. Zweierlei kommt in Betracht: die Behandlung der Krankheit und die des Anfalls. Wo Gefahr droht, werden beide Behandlungen zusammenfallen, wo keine Gefahr im Verzuge ist, ist die Operation in anfallsfreier Zeit vorzuziehen. Der Anfall ist mit Ruhe, Eis, Opium zu behandeln. Runge[193]) rät, prophylaktisch in der Schwangerschaft für gute Stuhlentleerung Sorge zu tragen, nie aber bei Schmerzen im Leibe ein Abführmittel zu reichen, bevor die Diagnose Appendicitis sicher ausgeschlossen ist. Ochsner[152]) empfiehlt während des Anfalls absolute Nahrungsentziehung. Für die Behandlung der Krankheit selbst ist ein aktives Verfahren indiziert. Allerdings soll nicht bei jeder Laparotomie auch die gesunde Appendix mit entfernt werden. Kümmell[109]) und Sänger[194]) warnen davor. Doch ist dieser Vorschlag gemacht worden. Edebohls[44]) will bei jedem Bauchschnitt die Appendix, wenn sie leicht zu finden ist, ins Coecum invertieren und den Trichter vernähen. Bei leichten Formen der Appendicitis wird vielfach ein abwartendes Verfahren geübt; Fraenkel[57]), Semb[208]), Brandt[19]), während andere Operateure einer aktiven Therapie auch dieser Fälle das Wort reden, die Amerikaner Mundé[146]), Abrahams[1]), McArthur[3]) und die Franzosen Segond[206]), Lepage[118]), Doléris[38]), Rudaux[192]), Pinard[166]), besonders der letztere, der sich äußert, daß wegen der eventuellen Gefahr bei einer zukünftigen Schwangerschaft selbst bei jungen Mädchen und nichtschwangeren Frauen die Operation gewissermaßen prophylaktisch indiziert ist. Herrgott[82]) sagt geradezu: „Es ist wünschenswert, vor der Schwangerschaft chirurgisch einzugreifen bei jeder Frau, die mit Appendicitis behaftet ist und geeignet, Mutter zu werden.“ Das geht Fraenkel[57]) zu weit, ebenso ist Boije[15]) damit nicht einverstanden. In der Haltung der deutschen Operateure, welche eine abwartende Behandlung befürworteten, hat sich ein Umschwung vollzogen, indem besonders Riedel[178]) die Frühoperationen dieser mörderischen Krankheit verficht. Es wird die Zahl der radikalen Operateure immer größer. Die Vorschläge von McArthur[3]), nach der Behandlung der Appendicitis und noch vor Schluß der Bauchhöhle die Schwangerschaft zu unterbrechen, und von Marx[133]), der das umgekehrte Verfahren befürwortet, haben keinen Beifall gefunden. König[100]) bemerkt dagegen, daß die Fortdauer der Schwangerschaft auch nach schweren Peritonealoperationen möglich ist, und Boije[15]) findet dieses Vorgehen nicht nachahmenswert, weil die Patientin einer Infektionsgefahr ausgesetzt wird. Schauta[196]) lehrt, prognostisch wichtig sei der Umstand für die Ausführung der Appendicitisoperation, wenn bald nach deren Ausführung die Geburt erfolgt. Je sicherer zur Zeit der Operation die Wehen fehlen, desto besser die Erfolge. Fellner[53]) stimmt dem zu. Geuer[67]) rät, den Abseeß nach chirurgischen Regeln zu behandeln, die Gravidität aber nicht anzutasten. Rostowzew[187]) hält die künstliche Fehl- oder Frühgeburt für kontraindiziert. Beim Zusammentreffen schwerer Appendicitis mit der Geburt sind wir in der mißlichen Lage, zu gleicher Zeit einen aseptischen und einen infektiösen Prozeß behandeln zu müssen. Labhardt[111]) empfiehlt, möglichst den aseptischen Prozeß, die Geburt, zu beendigen und dann die Appendicitis in Angriff zu nehmen. Schon Foges[55]) hat erklärt, daß der Operateur bei Entzündungen der rechten Adnexe, speziell bei Pyosalpinx, auch die Appendix besichtige. Findet er sie verwachsen, geknickt oder verlagert, soll er sie exstirpieren. Diese Meinung findet sich später in zahlreichen Arbeiten ausgesprochen, so bei Amann[2]), Brohl[22]), Kelly[96a]), Krug[107]), Kümmell[109]), Linkenhedl[122]), Segond[206]), Routier[191]), Shoemaker[209]), Zweifel[239]), Binkley[12]), Füth[64]).

Auf Grund eines Falles, in welchem Hörrmann[88]) 8 Tage nach einer wegen Vorfall ausgeführten Laparotomie noch einmal operieren mußte, um die grangränöse Appendix hervorzuholen, schloß er sich ebenfalls diesem Vorgehen an, desgleichen Pankow[159]), Weisswange[233]), Osterloh[157a]), Prochownick[168]). Sänger[194]) lehrte: wie man von jeher bei einer Ovariotomie es für unerläßlich ansah, den Zustand des zweiten Eierstocks zu prüfen, so sollte man bei jeder Laparotomie nach dem Wurmfortsatz forschen. v. Rosthorn[186]) meinte, die Entscheidung über die prophylaktische Appendektomie werde sich erst fällen lassen, wenn man über das Zahlenverhältnis des Auftretens der Appendicitis bei Ausführung von Operationen aus anderen Gründen unterrichtet sein werde. Die geringe Verlängerung der Operationsdauer scheint ihm kaum in Betracht zu kommen. Bei Verdacht auf das Vorhandensein von Appendicitis soll der abdominale Weg stets eingeschlagen werden. Rose[183]) hat in 5 Jahren bei 205 wegen Adnexerkrankungen vorgenommenen Laparotomien 71 mal Appendektomie gemacht; er steht nicht auf dem Standpunkte, die Appendix stets wegzunehmen. Ebenso Seeligmann[204]). Dagegen ist Ringel[179]) für die Entfernung der Appendix bei jeder Laparotomie unter allen Umständen. Ratgen[172]) ist durch 3 Fälle von seinem früheren konservativen zu einem radikalen Standpunkt geführt worden, ebenso Matthaei[134]). F. Neugebauer[150]) hat, einmal durch Zufall zur Kenntnis der Appendixerkrankung gekommen, seitdem darauf geachtet und kann über 8 Fälle berichten, bei denen nur der Verdacht auf Appendicitis vorhanden war. Mond[141]) fordert bei jeder Laparotomie bei Frauen, die über Schmerzen in der Wurmfortsatzgegend geklagt haben, nachzusehen und eventuell den Processus abzutragen. Die Chirurgen der Schule von Sonnenburg[214]) stehen nach einem Ausspruche von Hermes[79]) nicht auf dem Standpunkte, den Wurmfortsatz unter allen Umständen abzutragen. Von den Wiener Chirurgen entfernen v. Eiselsberg[45]), Hochenegg[85]) und Moszkowicz[142a]) ihn nur dann, wenn er sehr leicht auffindbar ist, Lotheissen[126]) dagegen steht auf dem Standpunkt, ihn womöglich stets mitzuentfernen. Fellner[53]) verficht für die Appendicitis in der Schwangerschaft ein früheres und radikaleres Vorgehen als außerhalb derselben. Bei totem Kinde schickt er der Laparotomie die Entleerung des Uterus voraus. Klien[98]) hat bei einer Gravida von 6 Monaten nach Auftreten appendicitischer Beschwerden die Appendix entfernt. Gravidität bestand weiter. Roncaglia[182]) ist für die operative Behandlung der Appendicitis in der Schwangerschaft, und hält die künstliche Einleitung des Aborts für geradezu kontraindiziert. Pendleburg[162]) beschreibt eine Appendicitis im 4. Schwangerschaftsmonat, die er sofort nach Aufnahme operiert, Entfernung des gangränösen Processus, etwa 5 Wochen später Abort. Gauss[66]) Schwangerschaft des 8. Monats mit Perityphlitis. Entbindung mit Zange. Wochenbett ungestört. 5 Wochen später Laparotomie zur Entfernung des Wurmfortsatzes. Heilung. Schley[198]) rät, bis zum 4. Schwangerschaftsmonat die Appendektomie zu machen oder die Schwangerschaft zu unterbrechen. Henne[78]) behandelte eine Gravide im 5. Monat, die plötzlich an akuter Appendicitis erkrankte. 30 Stunden nach Beginn Entfernung der stielgedrehten Appendix. Austragung der Schwangerschaft. H. H. Schmid[199]): Die Behandlung der Appendicitis in der Gravidität kann in leichten Fällen konservativ sein. Am besten aber ist der operative Eingriff im frühen Stadium, dagegen ist die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht rationell. Puech[169]) behandelt eine Schwangere von 6 Monaten, auftretende Schmerzen werden als Nierenkoliken angesehen. Nach eintägiger Beobachtung Diagnose geändert: Appendicitis. Erfolgreiche Operation. Nach $1^1/_2$ Tagen Frühgeburt. Wenczel[234]) diagnostizierte bei einer 23jährigen III gravida, die an Unterleibsschmerzen litt, eine Extrauteringravidität. Bei der Laparotomie zeigte sich ein vereitertes Ovarium, mit Blinddarm und Wurmfortsatz verlötet. Tumor mit der Tube, Wurmfortsatz und 1—2 cm des Blinddarms entfernt, Darmwunde vernäht. Kritzler[105]) gibt die ausführliche Krankengeschichte einer Wöchnerin, welche infolge appendicitischer Affektion an Peritonitis erkrankt war. Der nur rechts vorhandene Eiter, der Schmerz

daselbst und die Stuhlträgheit sprachen für Appendicitis. Abwartende Behandlung. Sutter[219]) Anamnese und Befund charakteristisch für Extrauteringravidität. Diagnose: Hämatocele, Infektion durch Appendicitis. Erst Besserung, dann nach 1 Woche infolge Diätfehler Rezidiv. Operation. Die mit dem Tumor neben dem Uterus verwachsene Spitze des Wurmfortsatzes wird entfernt. Heilung. Meurer[137]) bespricht 3 Fälle, deren erster, bei der Geburt konservativ behandelt, heilte, desgleichen bei dem folgenden Partus, vor welchem eine Appendektomie ausgeführt worden war. Die beiden anderen gingen nach konservativer Behandlung zurück. Oidtmann[154]) 4 Fälle, alle geheilt, 2 nach Operation, 2 nach konservativer Behandlung. Treub[225]) hat 1 Fall, Stratz[217]) und Kouwer[102]) haben je 3 Fälle konservativ behandelt und geheilt. Tissier et Lemeland[221]) stellen die Frage, ob beim Auftreten der Appendicitis am Ende der Schwangerschaft erst der Uterus entleert und dann die Appendicitis operiert werden solle, oder umgekehrt. Das Erste scheint das Richtige, weil der große Uterus die Operation sehr erschwert. Fabricius[52]) beschreibt eine Extrauteringravidität von 6 Wochen in Komplikation mit Appendicitis; Heilung durch Laparotomie. Halban[74]) rät bei Gravidität mit Appendicitiskoliken abzuwarten. Bestehen stärkere Beschwerden von seiten der Appendix, so ist auch ohne Eiterung deren Entfernung angezeigt. Die Schwangerschaft kann ungestörten Verlauf nehmen. Bei hochgradig ausgedehntem Uterus am Ende der Schwangerschaft ist manchmal eine vorher auszuführende Entleerung des Uterus angezeigt. Bestehen peritoneale Erscheinungen, so ist die forcierte Entleerung des Uterus vorzunehmen und die Appendix zu entfernen. Brindeau et Jeannin[20]): Gangränöse Appendix mit Beteiligung des kleinen Beckens. Operation. Tod. Uterus samt Inhalt erwies sich bei der Obduktion als intakt. Stähler[215]): 3 Appendicitiden bei Schwangeren. Im 1. Falle traten etwa in der 25. Woche Unterleibsschmerzen ein, worauf rasch operiert wurde. 10 Tage nachher spontaner Abort. Bei den beiden anderen Fällen, die 3 Monate schwanger waren, und deren einer operiert wurde, ist die Schwangerschaft ausgetragen worden. Calmann[24]): Die Therapie steht unter dem allgemeinen Grundsatze, daß wohl nicht jeder Fall operiert werden muß, daß aber der Geburtshelfer den von anderer Seite erteilten Rat zur Operation unterstützen soll. Ganz verfehlt wäre es, mit der künstlichen Unterbrechung der Gravidität vorzugehen. Webster[232]) ist für Operation in jedem Stadium der Gravidität. Renvall[176]): Die akute Appendicitis ist nach allgemein chirurgischen Regeln zu behandeln. Entleerung des Uterus hat der Laparotomie voranzugehen. Mannsfeld[128]): Im 8. Schwangerschaftsmonat Ileus, bei der Aufnahme Geburt im Gange. Da sich nach der Entbindung der Ileus nicht löste, wurde die Kranke appendektomiert. Runge[193]): In bezug auf die Behandlung sprechen sich die meisten Autoren für sofortige Operation aus, um eine vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung zu vermeiden und einer Verschlimmerung der Appendicitis durch die zu erwartende Geburtstätigkeit vorzubeugen. Appendicitis bei Eintritt der Wehen oder während der Geburt ist eine Indikation zur beschleunigten und sofort anzuschließenden Operation. J. de Soboleff[213]) rühmt die in der Klinik von v. Ott übliche Scheidenbeleuchtung, mit welcher auch der Wurmfortsatz besichtigt und entfernt werden kann. Barsony[6]) hält den Rat, bei gynaekologischen Operationen den Wurmfortsatz stets zu untersuchen und, falls er erkrankt, zu entfernen, für schwer befolgbar. Er scheut die Verlängerung der Operationsdauer. Hüssy[89]): Eine 25jährige Ipara machte eine normale Entbindung durch. Am 5. Tage Leibschmerzen, besondere Druckempfindlichkeit in der Gegend des Mc Burneyschen Punktes. Bei der Operation zeigt sich die rechte Tube stark verlagert, durch Verwachsungen fixiert. Erst nach Abtrennung der Stränge wurde die Appendix gefunden, welche alte Veränderungen, aber keine akute Entzündung aufwies. Sie wurde trotzdem abgetragen. Broniatowsky[23]): 33jährige multipara erkrankt 3 Tage ante partum an Leibschmerzen, Stuhlverhaltung, aufgetriebenem Abdomen. Die Entbindung erfolgt spontan. Nach der Geburt septische Peritonitis nach Perforation der Appendix. Laparotomie. Entfernung des Wurm-

fortsatzes. v. Tóth[223]): 18 Jahre alte nullipara, seit 2 Monaten krank. 2 faustgroße Parovarialcysten, beiderseits wurstförmige Tubensäcke, die mit der geschwollenen Appendix verwachsen sind. Appendektomie, Hysterotomie, Drainage, Heilung. Prochownick[168]): Ist akute Erkrankung vorhanden, so ist schnelle Frühoperation am Platze. Lichtenstein[119]): 37jährige Schwangere mit Perityphlitis. Operation. Wegen schlechten Befindens Appendix nicht gesucht. Am nächsten Tage Frühgeburt. 2 Tage später Exitus. 2 weitere Fälle von Perityphlitis in der Schwangerschaft. Die erste Patientin entband gleich nach ihrer Aufnahme spontan, wurde am folgenden Tage operiert, auch hier die Appendix nicht gesucht. Im zweiten Falle wird sofort nach Ankunft der Patientin laparotomiert und ein Tumor der rechten Tube, an dessen Hinterwand der chronisch entzündete Wurmfortsatz adhäriert, mit der Appendix entfernt. Heilung. Thies[220]) hat bei einer Gravidität von 3 Monaten mit Perityphlitis laparotomiert, wobei die Appendix entfernt wurde. Grasmück[70]) operiert eine junge Frau wegen rechtseitigen Ovarialtumors; sie erholt sich aber nicht und verfällt einem chronischen Leiden, das sie nach 3 Jahren zu neuerlichem Eingriff zwingt. Von der Appendix fand sich bei der ersten Operation nichts, diesmal findet sich eine lange Appendix, welche mit dem Stumpf der ausgeschnittenen Tube verwachsen ist. Entfernung. Heilung. Wanner[231]): Multipara erkrankt an Blinddarmentzündung. Operation. Linke Adnexe intakt. Blinddarm verläuft quer über einen faustgroßen, rechtseitigen Ovarialtumor. Rechte Tube mit der Beckenwand verwachsen. Appendix wird mit entfernt. Neelow[151]) rät bei jungen Mädchen, die noch nicht vollständig entwickelt sind, bei Appendicitis möglichst früh zur Operation zu schreiten, da eine chronische Appendicitis mit Verwachsungen im Becken die Entwicklung der inneren Geschlechtsorgane hintanhalten könnte. Péraire[163]): Junge nullipara seit Monaten Unterleibsschmerzen, begleitet von Fieber, Erbrechen und Diarrhöe. Uterus vergrößert, retroflektiert, fixiert. Rechte Adnexe von Adhäsionen umgeben. Appendixgegend schmerzhaft. Mittels Laparotomie Entfernung beider Adnexe und der Appendix. Räther[171]), Badearzt in Kissingen, nennt die dortigen Quellen Fango, Sole, Sprudel, Moorerde das Appendixbad κατ᾽ ἐξοχήν. Smith[210]): Schwangerschaft im 5. Monat mit Erscheinungen von Appendicitis. Die Eiter enthaltende Tube wird entfernt. Zwischen ihr und dem Coecum findet sich ein Absceß, in welchem die perforierte Appendix und ein Konkrement liegen. Heilung. Peiser[160]) demonstriert eine Parovarialcyste, bei der gleichzeitig Peritonitis tuberculosa vorhanden. Die verdickte, mit Kot gefüllte Appendix wird mit entfernt. Rouffart[189]): Wegen Salpingitis und Peritonitis Coeliotomie. Verwachsung von Dünndarmschlingen unter sich und mit der Blase. Ein Absceß zwischen Uterus, Blase und S. iliacum; nach rechts geht er in einen zweiten über, in welchem sich die verdickte, an der Spitze durchbohrte Appendix findet. Hannecart[75]): Wiederholt heftige Schmerzen in der Fossa iliaca. Mehrfache Incisionen. Linkseitige, apfelsinengroße Pyosalpinx mit Appendicitis. Rathe[173]) Eine Patientin wurde 3mal operiert, das erstemal wegen eines Ovarialcystoms, das zweitemal wegen Pseudomyxom, von der Appendix ausgehend, eine große Seltenheit. Das drittemal wurde die Appendix abgetragen, aber die Operation abgebrochen, weil wegen zahlreicher Metastasen von einem radikalen Eingriff nicht gesprochen werden konnte. Die Appendix war das primär erkrankte Organ. Caturani[26]): Periappendicitischer Absceß im Wochenbett. Laparotomie, Drainage, Heilung. Ferner 2 Fälle von gangränöser Appendicitis bei 6- bzw. 4monatlicher Gravidität. Entfernung der Appendix. Heilung. Fortdauer der Schwangerschaft. Kusnetzki[110]) fand die rechten Adnexe mit der Appendix verwachsen. Entfernung mittels Laparotomie. Heilung. Lediard und Sedgwick[116]) operierten einen mit Appendicitis komplizierten Fall von Gravidität, welche einen Monat später mit Abort endete. Zalachas[238]) hat bei Uterusruptur in partu in Komplikation mit Appendicitis erst den Uterus exstirpiert und dann sofort die Blinddarmoperation ausgeführt.

11. Technik.

Bezüglich der Operationstechnik stehen einander 2 Wege gegenüber, der der Laparotomie und der vaginale. Deaver[34]) und einige andere lassen beide Wege gelten. Die Franzosen betreten mit Vorliebe den Weg von unten, Fraenkel[58]) meint, daß bei Verdacht einer komplizierenden Appendicitis der abdominale Weg dem vaginalen vorzuziehen ist. Hermes[80]) stellt als Grundsatz auf, die Formen der Appendicitis mit Beckeneiterungen mit dem typischen Schnitt zu operieren. Darunter versteht die Schule Sonnenburgs[214]) einen Schnitt, der an der Spina anterior superior ossis ilei beginnt und hart am Knochen bogenförmig verlaufend bis zur Mitte des Poupartschen Bandes zieht. Rotter[188]) geht Douglasabscesse von unten an, bei jungen Mädchen vom Mastdarm aus. Geuer[67]) empfiehlt auch diese Methode. Mundé[146]) hat durch Zufall bei einer vaginalen Operation die Appendix unter das Messer bekommen. Dührssen[39]) bezeichnet diesen Weg als ausnahmsweise gangbar. Ebenfalls für den Laparotomieschnitt sind Campione[25]), Amann[2]), Vineberg[229]). Moszkowicz[142a]) indiziert dort den Absceß, wo er an das Peritoneum parietale heranreicht. Hochenegg[85]) eröffnet einen Douglasabsceß auf parasakralem Wege. Schnitzler[201]) übt die rectale Incision. Lotheissen[126]) eröffnet perityphlitische Abscesse gern von der Blinddarmgegend aus, er hat auch in vielen Fällen mit Erfolg den pararectalen Schnitt nach Lenander[115]) angewendet. Sonnenburg[214]) macht bei Appendicitis den Flankenschnitt. Mundé[145]) und Shoemaker[209]) rühmen ihm nach, daß er den kürzesten Weg zum Wurmfortsatz darstellt. F. Neugebauer[150]) hält den Leistenschnitt für zweckmäßig. Dührssen[39]) zieht bei Fällen, wo neben der Entfernung der Appendix auch noch die radikale Entfernung des ganzen Genitales nottut, den Medianschnitt in der Linea alba allen anderen vor. Riedel[178]) operiert mit dem Zickzackschnitt nach Roux. In schweren septischen Fällen empfiehlt Fraenkel[58]) die offene Wundbehandlung der Bauchhöhle nach Rose[183]).

Literaturverzeichnis.

1. Abrahams, R., Premature delivery of a deed child induced by actue appendicitis. Med. Rec. 1897.
2. Amann, Sitzungber. der Münchener gynäkol. Gesellsch. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol **11**.
3. Mc Arthur, L. S., Gestation complicated by appendiceal abscess. Amer. Journ. of obst. 1895.
4. Barbat, Sitzungsber. d. Med. Akad. in Kalifornien. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **14**.
5. Barnsby, Appendicite et anneaite. Thése de Paris 1898.
6. Bársony, J., Vom Wurmfortsatz, mit gynaekologischem Auge betrachtet. Orvosi Hetilap. Nr. 50. 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911.
7. Bayley, B., Appendicitis during pregnancy. Med. Rec. 1895.
8. Beahan, A. L., The relation of appendicitis to diseases of the uterine appendages. T. Amer. gyn. a. obst. journ. 1901.
9. Beck, C., Appendicitis. Samml. klin. Vortr. N. F., 221.
10. Bertelsmann, Appendicitis und Extrauteringravidität. Med. Klin. 1910.
11. Bettmann, M., Über die Beziehungen der Appendicitis zu den Adnexorganen. Inaug. Diss. Jena 1906. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
12. Binkley, J. T., Die Beziehungen zwischen Salpingitis und Appendicitis und ihre Bedeutung für die Gynaekologen. Verh. d. gynaekol. Ges. Chicago 1894. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
13. Bishop, E. S., Sitzungsber. d. grit. gyn. Soc. zu London 1900. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **11**.
14. Blumreich, Über die Wechselbeziehungen zwischen parametrischem Exsudat und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Archiv f. Gynaekol. **68**.
15. Boije, O. A., Über Appendicitis in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mitt. a. d. gyn. Klinik d. Prof. Engström in Helsingfors **5**, S. 1. Berlin 1903.
16. Borchardt, M., Die Behandlung der Appendicitis. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. **2**. 1897.
17. Borgoras, N. A., Appendicitis und Adnexitis. Journ. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.

18. Bosse, B. u. E. Fabricius, Ein Fall von metastatischer Appendicitis und Cholerystitis im Spätwochenbett, nebst Bemerkungen über septische Infektionen von der Mundhöhle aus. Wiener klin. Rundschau 1910.
19. Brandt, K., Appendicitis beim Weibe. Norsk. Mag. f. Lägevid. 1900. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1901.
20. Brindeau et Jeannin, Appendicitis gangraenosa mit Beteiligung des kleinen Beckens bei einer Schwangeren. Peritonitis. Exitus. Soc. de obst. de Paris 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909.
21. Broesike, Über intraabdominale Hernien und Bauchfelltaschen. Zit. nach Fraenkel.
22. Brohl, Sitzungsber. d. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Köln. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 15.
23. Broniatowski, Appendicitis gangränosa sub partu. Nowing lekarski 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
24. Calmann, Perityphlitis und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 26.
25. Campione, F., Das Verhältnis der Appendicitis zu Frauenkrankheiten. Intern. Gyn.-Kongr. Rom 1902. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1902.
26. Caturani, M., Appendicite in gravidanze con rapporto di tre casi. Arch. ital. di gin. 16. 1913. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Gynaekol. u. Geburtsh., sowie deren Grenzgebiete 1, H. 9.
27. Cholodkowsky, K. M., Zur Frage über die gegenseitigen Beziehungen zwischen Salpingitiden und Appendicitiden. Journ. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
28. Clado, Appendice coecal. Compt. rend. et. Mém. de la soc. de biol., Paris 1892. Zit. nach Fraenkel.
29. Coe, Appendicitis bei Schwangerschaft und Geburt. New Yorker Ges. f. Geburtsh. 1896. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1897.
30. O'Conor, J., Eine Reihe von 38 Laparotomien. Glasgow. med. Journ. 1899. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1900.
31. Conter, P. H., Contribution à l'étude de l'appendicite pendant les scutes de couches. Thèse de Nancy 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
32. Croste, R., Quelques considérations sur l'appendicite au cours de le grossesse. Thèse de Paris 1906. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
33. Czyzewicz, jun., Appendicitis beim weiblichen Geschlechte. Lwowski tygodnik lekarski 1908. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
34. Deaver, J. B., Appendicitis in relation to disease of the uterine adnexe and pregnany. Buffalo m. j. 1897.
35. Delagénière, Des relations de l'appendicite et des affections des annexes. Annales de gyn. et d'obst. 1897.
36. Delbet, Soc. chir. de Paris 1900. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. 1900.
37. Dieulafoy, Ulcérations de la foie en conséquence de l'appendicite. La semaine méd. 1898.
38. Doléris, Hystérectomie vaginale, mort par appendicite avec perforation. La sem. méd. 1899.
39. Dührssen, Über gleichzeitige Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane. Archiv f. klin. Chir. 59.
40. Dupuis, A. A., L'appendicite dans ses rapports avec la puérpéralité. Thèse de Lille 1906. Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
41. Durand, Le ligament ileo-ovarien. Progrès méd. 1895. Zit. n. Fraenkel.
42. Dutilh, Sitzungsber. d. niederl. gyn. Ges. 1897. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1897.
43. Duvernay, Appendicitis und Puerperium. Lyon méd. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
44. Edebohls, Diagnostic palpation of the appendix vermiform. Amer. journ. of the med. sciences 1894.
45. v. Eiselsberg, Sitzungsber. d. k. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1904.
46. Eisenhart, Puerperale Infektion mit tödlichem Ausgange, verursacht durch Bact. coli commune. Archiv f. Gynaekol. 47.
47. Elbogen, Tubargravidität kompliziert durch Appendicitis und postoperative Psychose. Prager med. Wochenschr. 1899.
48. Engström, Finsk. Läger. N. 39. Zit. n. Veit.
49. Ewald, Über Appendicitis larvata. Archiv f. klin. Chir. 60.
50. Fabricius, Geb. gyn. Ges. in Wien 1906. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
51. Falk, O., Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynaekologen. Zentralbl. f. Gynaekol. 1900.
52. Fehling, Über schwere, nicht infektiöse Puerperalerkrankung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1883.

53. Fellner, O. O., Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Leipzig und Wien 1903.
54. Fochier, Verlagerung der Appendix. Lyon méd. 1900. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1901.
55. Foges, A., Kasuistische Beiträge zur Klinik der Appendicitis simplex. Wiener med. Wochenschr. 1896.
56. Fowler, G. R., Über Appendicitis. Berlin 1896.
57. Fraenkel, E., Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Samml. klin. Vortr. N. F. 229.
58. — Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Samml. klin. Vortr. N. F. 323.
59. — Eug., Über das sog. Pseudomyxoma peritonei. Münch. med. Wochenschr. 1901.
60. Freund, H. W., Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ihren physiologischen und pathologischen Veränderungen zu anderen Organen. Erg. d. allg. Path. u. path. Anat. d. Menschen u. Tiere 1896.
61. Fritsch, H., Die Krankheiten der Frauen. Leipzig 1901.
62. Fromm, Fr., Ein weiterer Fall von Appendicitis gangraenosa in graviditete mit tödlichem Ausgange. Beiträge z. Geburtsh. u. Gynaekol. 13.
63. Füth, Die Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der Adnexe. Ges. f. Geburtsh. zu Leipzig 1898. Zentralbl. f. Gynaekol. 1899.
64. — Über das Zusammentreffen von Gravidität mit Appendicitis und Typhlitis. Ebenda. Zentralbl. f. Gynaekol. 76.
65. — Über die Höhe der Mortalität des Perityphlitis während der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. 1906.
66. Gauss, C. J., Perityphlitis und Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1905.
66a. Geldner, H., Aktinomykose der Ovarien. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 18.
67. Geuer, Über die Bedeutung des Perityphlitis für die Geburtshilfe und Gynaekologie. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Köln. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 16.
68. Gödecke, Appendicitis und Gravidität. Gynaekol. Ges. Dresden 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
69. Grandin, Ges. f. Geburtsh. zu New York 1893. Ref. i. Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
70. Grasmück, A., Appendicitis mit Absceß im Uteruskörper nach vorher ausgeführter Ovariotomie als Beitrag zur Frage der prophylaktischen Appendektomie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
71. Grekow, J. J., Zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen entzündlichen Erkrankungen des proc. vermiformis und der Tuba Fallopiae mit besonderer Berücksichtigung der Perforation des Wurmfortsatzes in der Tuba. Wiener klin. Wochenschr. 1911.
72. Hadra, B. E., Wanderniere und Appendicitis. Zentralbl. f. Gynaekol. 1899.
73. Hagapoff, Annales de Gynaekol. 1900.
74. Halban, J., Appendicitis und Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. 1908.
75. Hannecart, A., Adnexitis und Beckenabsceß von der Appendix ausgehend. Journ. de chir. et ann. de la soc. Belge de chir. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
76. Hartmann, H., Appendicitis und Adnexerkrankungen. Annales de gyn. et d'obst. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
77. Held, S., Über einen Fall von primärem Appendixcarcinom mit sekundärem Ovarialcarcinom. Inaug.-Diss. Leipzig. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 37.
78. Henne, H., Zur Kasuistik der Appendicitis in graviditate. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 82.
79. Hermes, Über einige Beziehungen der Appendicitis zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 50.
80. — Appendicitis und Genitalleiden bei Frauen. Encykl. d. Geburtsh. u. Gynaekol. v. Sänger u. v. Heff.
81. — Erfahrungen über Veränderungen des Wurmfortsatzes bei gynaekologischen Erkrankungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 68.
82. Herrgott, A., Appendicite et accouchement. Intern. med. Kongr. Paris 1900. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1900.
83. Hilton, D. C., Appendicitis während des Puerperiums. Surgery, gynecol. a. obst. 5. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909.
84. Hlawacek, R., Über Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen Genitales und benachbarter Organe. Monatsschr. f. Geburtsh u. Gynaekol. 6.
85. Hochenegg, Sitzungsber. d. k. k. Ges. d. Ärzte in Wien 1904. Wiener klin. Wochenschr. 1904.
86. Hofbauer, Die Graviditätsveränderungen der Organe in klinischer Beleuchtung. Samml. klin. Vortr. Gynaekol. 210.
87. Hönck, E., Über einige Beziehungen des Blinddarms zu den weiblichen Beckenorganen. Wiener med. Wochenschr. 1908.

88. Hörrmann, A., Die Notwendigkeit der prophylaktischen Appendektomie bei gynaekologischen Operationen, zugleich ein Beitrag zur Frage der sog. Appendixcarcinome. Münch. gynaekol. Ges. 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1913.
89. Hüssy, P., 6 Puerperalfieberfälle mit interessantem, bakteriologischem Befunde. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
90. Jaggard, A case of abscess of the vermiform appendix. Gyn. Soc. of Chicago 1893. Amer. Journ. of obst. 1893.
91. Jarca, Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites des couches. Thèse de Paris 1898.
92. Jewett, Über perityphlitische Adhäsionen. Gynaekol. Ges. Brooklyn. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **14**.
92a. Jolly, R., Appendicitis und Schwangerschaft. Frauenarzt 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911.
93. Kaiser, O., Die Appendicitis in der Gynaekologie. Frauenarzt 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911.
94. Karczewski, Fall von Appendicitis mit ungewöhnlich schwerem Verlauf. Crasopismo lek. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **16**.
95. Karewski, Beiträge zur Perityphlitis. Deutsche med. Wochenschr. 1899.
96. Kaufmann, Sitzungsber. d. Geb.-Gyn. Ges. zu Berlin 1901. Zentralbl. f. Gynaekol. 1901.
96a. Kelly, H. A., Operative Gynecology 1898.
97. Kiefer, Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Berlin 1896. Zit. n. Krüger.
98. Klien, Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Leipzig. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908.
99. Koch, E., Komplikation von Appendicitis und Ovarialtumoren. Inaug.-Diss. München 1909. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911.
100. König, R., Appendicitis und Geburtshilfe. Hegars Beiträge **3**, S. 3.
101. Körte, Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 19. I. 1897. Berlin. klin. Wochenschr. 1897.
101a. Korn, Sitzungsber. der gynaekol. Ges. in Dresden. Zentralbl. f. Gynaekol. 1885.
102. Kouwer, Niederländ. gynaekol. Ges. 15. II. 1903. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
103. Krafft, Operation der Appendicitis während der Schwangerschaft. Rev. méd. de la Suisse rom. 1893. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
103a. Kraus, E., Tuberkulose der Appendix und der rechtsseitigen Adnexe. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **15**.
104. Kraussold, Über die Krankheiten des Proc. vermif. und des Coecums, nebst Bemerkungen zur zirkulären Resektion des Darmes. Samml. klin. Vortr. 1881, S. 191.
105. Kritzler, Ein Fall von akuter Peritonitis in puerperis, durch Operation geheilt. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909.
106. Krönig, Bakteriologie des weiblichen Genitalkanals von Menge u. Krönig. II. Teil.
107. Krug, Geburtsh. Ges. zu New York 1893. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
108. Krüger, Die Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. **45**.
109. Kümmel, Über rezidivierende Perityphlitis. Berlin. klin. Wochenschr. 1898.
110. Kusnetzki, D. P., Zur Kasuistik der Appendicitis im Zusammenhange mit Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Russki Wratsch 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
111. Labhardt, Über die Komplikation der Schwangerschaft mit Perityphlitis. Münch. med. Wochenschr. 1904.
112. Landau, L., Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 19. I. 1897. Berliner klin. Wochenschr. 1897.
113. Mc. Laren, The relationship between dysmenorrhoea and appendicitis. Amer. gyn. Soc. 1900. Zentralbl. f. Gynaekol. 1900.
114. Legueu, F. und M. Beaussenat, Appendicitiden, die Neubildungen vorgetäuscht. Rev. de gyn. et de chir. abd. 1898. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1898.
115. Lennander, Über Appendicitis und ihre Komplikationen, vom chirurgischen Standpunkte aus beurteilt. Samml. klin. Vortr. N. F. 75.
116. Lediard et Segdwick, Appendicitis und Gravidität. Lancet 1904. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
117. Landau, Th., Wurmfortsatz und Frauenleiden. Berlin 1904. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
118. Lepage, Soc. de gyn., d'obst. et de péd. Paris 1899. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **9**.
119. Lichtenstein, Über Perityphlitis in der Gravidität. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Leipzig. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
120. Lieblein, Über einige bemerkenswerte Fälle von Appendicitis. Prager med. Wochenschr. 1909.

121. Lindner, Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 19. I. 1897. Berliner klin. Wochenschr. 1897.
122. Linkenheld, Niederrheinisch-westfäl. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1898. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **7**.
123. Loewenhard, H. S., Complications génitales de l'appendicite chez la femme. Thèse de Paris 1904. Ref. im Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
124. Lockwood, C. B., Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane. Practitioner 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
125. Lomer, Geburtsh. Ges. zu Hamburg 1898. Zentralbl. f. Gynaekol. 1900.
126. Lotheissen, Sitzungsber. d. k. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1904.
127. Mannsfeld, Appendicitis und Schwangerschaft. Gynaekol. Sekt. d. kgl. ung. Ärztevereins Budapest 25. IV. 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. **29**. 1910.
128. — Appendicitis und Schwangerschaft. Orvosi Hetilap. Gynaekol. 1909. Zentralbl. f. Gynaekol. **31**. 1910.
129. Marschner, Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt, kompliziert durch Appendicitis. Gynaekol. Ges. zu Dresden 13. V. 1909. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
130. Martin, A., Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig 1895.
131. — Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 19. I. 1897. Berliner klin. Wochenschr. 1897.
132. Martin, F. H., Gynaekol. Ges. zu Chicago 1894. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
133. Marx, Amer. gyn. and obst. Journ. 1896.
134. Matthaei, Geburtsh. Ges. in Hamburg 22. III. 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
135. Mauclaire, Peritonitis universalis nach Appendicitis im 5. Schwangerschaftsmonat. Laparotomie, Heilung mit normalem Ausgange der Schwangerschaft. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris 11. VII. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
136. Mendes de Leon, M. A., Über Appendicitis bei der Frau. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
137. Meurer, Komplikation von Gravidität und Appendicitis. Niederl. Ges. 11. XII. 1904. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
138. — Dasselbe. Ebenda. 15. I. 1905. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
139. Michel, G., Appendicitis im Wochenbett. Prov. méd. 17. VII. 1906. Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
140. Mininsohn, J. J., Zur Frage der Appendicitis und Erkrankungen der rechten Adnexe. Journ. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910. Ref. in Zentr. f. Gynaekol. 1911.
141. Mond, Geburtsh. Ges. zu Hamburg 10. X. 1905. Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
141a. Mittermaier, Geburtsh. Ges. zu Hamburg 1898. Zentralbl. f. Gynaekol. 1900.
142. Moraller, Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Berlin 1903. Zentralbl. f. Gynaekol. 1904.
142a. Moszkowicz, Die Operation der eitrigen Perityphlitis. Wiener klin. Wochenschr. 1904.
143. Müller, P., Die Krankheiten des weiblichen Körpers. 1888.
144. — Handbuch der Geburtshilfe **2**. Stuttgart 1889.
145. Mundé, P., New York med. Record. 1892.
146. — Perityphlitis in ihren Beziehungen zu Geburtshilfe und Gynaekologie. Med. News 1897. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1897.
147. Muret, Rev. méd. de la Suisse rom. 1893. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
148. Myer, M. W., Appendicitis und Gravidität. Amer. journ. of obst. IX. 1906. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
149. Nagel, Beiträge zur Anatomie der weiblichen Beckenorgane. Archiv f. Gynaekol. **53**.
150. Neugebauer, F., Retroversio uteri und Appendicitis. Zentralbl. f. Gynaekol. 1903.
151. Neëlow, N. K., Zur Frage der Appendicitis und der Erkrankungen der rechten Adnexe. Journ. f. Gynaekol. u. Geburtsh. 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
152. Ochsner, Journ. of the Amer. med. Assoc. 1899. Zitiert n. Falk.
153. Offergeld, Ein Beitrag zur metastatischen Erkrankung der Appendicitis und der Adnexe. Archiv f. Gynaekol. **89**.
154. Oidtmann, Niederländ. gynaekol. Gesellsch. 15. I. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
155. Olshausen, Zeitschr. f. Gynaekol. u. Geburtsh. **35**.
155a. Oppenheimer, Zitiert n. Krüger.
156. van Oordt, Niederländ. gynaekol. Gesellsch. 15. I. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
157. Oui, Appendicitis in der Schwangerschaft, Tod. Soc. de. gynaekol., d'obst. et de paed. Paris 1903. Zentralbl. f. Gynaekol. 1903.
157a. Osterloh, Gynaekol. Gesellsch. zu Dresden, 21. XII. 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
158. Pankow, Die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und weibliche Genitalerkrankungen. Med. Klin., 1908.

159. Pankow, Über die Beziehungen der Gonorrhoe, Tuberkulose, Appendicitis, Sepsis zur Ätiologie der entzündlichen Adnexerkrankungen. Naturforscherversammlung Königsberg. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
160. Peiser, Gynaekol. Gesellschaft Breslau. Monatsschr. f. Gynaekol u. Geburtsh. 1913. 37.
161. Pellet, J. J. Ch., De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extrautérine. Thèse de Lyon. 1909. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
162. Pendleburg, H. S., Ein Fall von perforierter Appendicitis, Absceß der Thyreoidea und Abort 1908. Zentralvl. f. Gynaekol. 1909.
163. Péraire, M., Appendicitis und Salpingooophoritis. Operation. Heilung. Soc. anat. de Paris. Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
164. — et Lefas, Gleichzeitiges Bestehen von Adnexerkrankung und Blinddarmentzündung. Supravaginale Amputation des Uterus. Appendektomie. Heilung. Soc. anat. de Paris 1908. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
165. Pinard, A., De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. Annales de gynaekol. 1898.
166. — Über Appendicitis in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft. Annales de gynaekol. et d'obst. 1900.
167. Pompe van Meerdervoort, Niederländische gynaekol. Gesellsch. 15. I. 1905. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, 1900.
167a. Porak et Daniel, Soc. de gynaekol., d'obst. et de paed. Paris 1903. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1903.
168. Prochownick, Appendicitisoperationen bei Frauen. Geburts.-Gesellsch. Hamburg, 8. III. 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
169. Puech, P., Appendicitis und Schwangerschaft. Prov. méd. 1906, 52. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
170. Quénu, Soc. de chir. de Paris 1900. Ref. in Dtsch. med. Wochenschr. 1900.
171. Räther, Geburts-Gesellsch. Hamburg, 10. X. 1905. Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
172. Ratgen, Geburts-Gesellsch. Hamburg, 22. III. 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
173. Rathe, B., Pseudomyoma peritonei mit Beteiligung der Ovarien und der Appendix. Monatsschr. f. Gynaekol. 37.
174. Rauscher, Durchbruch eines perityphlitischen Exsudats in der Vagina und nachfolgender Abort. Gesellsch. f. Geburtsh. zu Leipzig. 19. VI. 1905. Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, 51.
175. Renvall, G., Über Appendicitis während Schwangerschaft und Geburt. Berlin. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
177. Reynès, Über einen Fall von Blasenkomplikation bei der Appendicitis. Intern. Kongreß Paris. Münch. med. Wochenschr. 1900.
178. Riedel, Wie oft fehlt die typische Dämpfung in der rechten fossa iliaca bei der Appendicitis? Berliner klin. Wochenschr. 1902.
179. Ringel, Geburts-Gesellsch. Hamburg. 22. III. 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
180. Robinson, Gynaekol. Gesellsch. Chicago 1894. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1894.
181. Roesing, Geburts-Gesellsch. Hamburg, 22. III. 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
182. Roneaglia, G., Die Appendicitis in der Schwangerschaft. Gineoologia 1906. Zentralbl. f. Gynaekol. 1908.
183. Rose, Die offene Behandlung der Bauchhöhle bei der Entzündung des Wurmfortsatzes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 59.
184. Rosner, A., Die Appendicitis in der geburtshilflichen und gynaekologischen Behandlung. Pcreglad chirurgiczny 1903. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
185. v. Rosthorn, A., Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Handb. d. Gynaekol. von Veit III. 1899.
186. — Appendicitis und Gravidität. Med. Klin. 1907.
187. Rostowzew, M. J., Perityphlitis bei Schwangeren. Medicinskoje obosrenjè. 1903. Ref. im Zentralbl. f. Gynaekol. 1903.
188. Rotter, Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse bei Perityphlitis. Deutsche med. Wochenschr. 1900.
189. Rouffart, Appendicitis, linkseitiger Eiterherd, eine Laktosalpinx vortäuschend. Laparotomie, Heilung. Journ. de chir. et annales de la soc. Belge de chir. Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
190. Rousseau, E., Ovarielle Blutungen. Journ. méd. de Bruxelles. 1903. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1904.
191. Routier, Pathogénie de l'appendicite. La sem. méd. 1897.
192. Rudaux, Über Appendicitis im Verlauf einer Schwangerschaft. Soc. de. gynaekol., d'obst. et de paed. Paris. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 11.
193. Runge, Appendicitis während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Wiener klin. Wochenschr. 1908.
194. Sänger, Gynaekologische geburtshilfliche Gesellschaft Leipzig. Zentralbl. f. Gynaekol. 1899.

195. Schaeffer, Mikroskopische Demonstrationen über die Anfangsstadien der Appendicitis mit Sekundärerscheinungen an den weiblichen Genitalien. XII. gynaekologischer Kongreß Dresden 1907. Zentralb. f. Gynaekol. 1907.
196. Schauta, F., Die Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 16.
197. Scheel, Appendicitis und Erkrankungen der Beckenorgane. Cleveland med. Gaz. 1901. Zentralbl. f. Gynaekol. 1902.
198. Schley, W. S., Appendicitis mit Peritonitis, als Komplikationen bei Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910.
199. Schmid, H. H., Appendicitis und Gravidität. Geburts-gynaekologische Gesellschaft Wien 9. V. 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911.
200. Schmitt, A., Zur differentialen Diagnose zwischen Appendicitis und Stieldrehung von Adnextumor. Beiträge z. klin. Chir. 76, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
201. Schnitzler, Sitzungsbericht der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1904.
202. Schrader, Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Deutsche med. Wochenschr. 1898.
203. Schwartz, Soc. d'obst. et de gynaekol. 1899.
204. Seeligmann, Sitzungsbericht der Geburts-Gesellschaft zu Hamburg, 1899. Zentralbl. f. Gynaekol. 1901.
205. Seifert, Sitzungsbericht der Geburts-Gesellschaft zu Hamburg. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909.
206. Segond, Note sur un cas d'appendicite survenue au einquième mois de la grossesse. Soc. de gynaecol., d'obst. de paid., Paris 1899. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 9.
207. Seitz, Komplikationen bei Adnexerkrankungen. Gynaekologische Gesellschaft München 1903. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 18.
208. Semb, O., Appendicitis in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett. Norsk Mag. for Lägevid. 1900. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1901.
209. Shoemaker, Rudimentary vermiform appendix. The Amer. Journ. of obst. 1896.
210. Smith, L. J., Pyosalpinx und Appendicitis. Brit. med. Journ. 1897.
211. Smith, A. H., Report of a case of supp. appendicitis, complicating 7 month of pregnany; operation; recovery; Med. Record. 1897.
212. Smith, R., British gynaecological society. 14. XII. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
213. Soboleff. J. de, Die Appendektomie als begleitende Operation bei vagin. Coeliotomien. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 32.
214. Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 3. Auflage. 1897.
215. Stähler, Appendicitis in graviditate et in puerperio. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 26.
216. Strassmann, Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin. 1903. Zentralbl. f. Gynaekol. 1903.
217. Stratz, Niederländische Gesellschaft für Gynaekologie und Geburtsh. 1897. Zentralbl. f. Gynaekol. 1897.
218. Stumpf, Ruptur des Intestinum coecum bei einer Gebärenden. Mil.-med. Ber. Schmidts Jahrb. 11.
219. Sutter, Ein Fall v. Appendicitis infolge eines Pfefferkorns bei Extrauteringravidität. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1906. Ref. im Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
220. Thies, Perityphlitis in der Gravidität. Gesellsch. f. Geburtsh. und Gynaekol. Leipzig. 19. II. 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
221. Tissier et Lemeland, Appendicitis und Schwangerschaft. Soc. d'obst. de Paris 1905. Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
222. Tixier, Ovariencyste mit Stiehldrehung unter dem Bilde einer rezidivierenden Appendicitis. Soc. des sciences méd. de Lyon. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1900.
223. v. Fóth, Über die Technik der zum Zwecke einer Drainage ausgeführten Hysterotomie bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
224. Travers, Brit. gynaecol. Soc. 1901. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 14.
225. Treub, H., Appendicite et paramétrite. Rev. de gynaecol. et de chir. abd. 1897. Ref. im Zentralbl. f. Gynaekol. 1897.
226. Tuffier, Rev. prat. d'obst. et de paed. 1897. Zitiert nach Boye.
226a. Veit, J., Niederl. Gesellschaft für Gynaekologie 1897. Zentralbl. f. Gynaekol. 1897.
227. Villar, Appendicite chez la femme. Internat. Kongreß für Geburtsh. und Gynaekol. Amsterdam 1899. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 10.
228. Vinay, C., De l'appendicite au cours de la grossesse et pendant les suites des couches. Lyon méd. 1898. Zentralbl. f. Gynaekol. 1899.
229. Vineberg, The association of chronic appendicitis with disease of the right adnexe. Med. Reord. 1900.

230. Waldeyos, Beitrag zur Kenntnis der Lage der weiblichen Beckenorgane. Bonn 1892. Zitiert n. Fraenkel.
231. Wanner, Ovarialabscesse appendikulären Ursprungs. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
232. Webster, J. C., Appendicitis und Schwangerschaft. Surgery, gynaecology and obstetrics. 1. Zentralbl. f. Gynaekol. 1906.
233. Weisswange, Gynaekol. Gesellsch. zu Dresden, 1902. Zentralbl. f. Gynaekol. 1903.
234. Wenezel, Exstirpation einer mit einem linkseitigen Ovarialabsceß verwachsenen proc. vermiformis. Gynaekol. Sektion des kgl. ungar. Ärztevereins. Budapest. 6. XI. 1906. Zentralbl. f. Gynaekol. 1907.
234a. Wells, B. H., Med. Akad. zu New York 1900. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 11.
235. Widmer, A., Appendicitis und Frauenkrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
236. Winter, Lehrbuch der gynaekologischen Diagnostik. Leipzig 1896.
237. Wohlgemuth, H., Über die Appendicitis beim Weibe, ihre Beziehungen zu den Adnexen und zur Tubenschwangerschaft. Berliner klin. Wochenschr. 1911.
238. Zalachas, C., Appendicitis und Zwillingsschwangerschaft, Uterusruptur, Operation, Progrès méd. 1905. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905.
239. Zweifel, Gynaekol.-geburtsh. Gesellschaft zu Leipzig. 1898. Zentralbl. f. Gynaekol. 1899.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Fellner, O. O., Experimentelle Beiträge zur Physiologie der weiblichen Genitalorgane. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Fellner hat eine große Zahl von jungfräulichen, noch nicht geschlechtsreifen Kaninchen und Meerschweinchen mit Alkohol-Ätherextrakten aus Placenta, Ovarien, Uteri durch längere Zeit, zumeist 2—3 Wochen, teils subcutan, teils intraperitoneal injiziert. Die menschliche Placenta ergab durchschnittlich 8 g an Alkoholätherextrakt. Die Kaninchen wiesen, wie Kontrollversuche (Laparotomie und Herausnahme eines Stückchen eines Uterushornes) mit aller Deutlichkeit zeigten, eine bedeutende Dickenzunahme des Uterus um das Vielfache auf. Die Muskulatur war stark hypertrophisch, die Schleimhaut wesentlich dicker und höher, die Epithelien, die sonst bei jungfräulichen, noch nicht geschlechtsreifen Tieren platt und klein sind, wurden nach der Injektion sehr hoch, zylinderförmig, mit senkrecht gestelltem Kern. Die Mucosazellkerne wurden bläschenförmig; stets starke Hyperämie. Die Scheide nahm um das Vielfache an Größe und Länge zu, die Epithelien, die sonst klein und niedrig sind, nahmen dieselbe Gestalt an wie in der Gravidität; sie wurden groß, kubisch und es bildeten sich hohe Papillen aus. Stark war auch das Wachstum der Mamilla, die vorher kaum zu tasten, nach den Injektionen 5 und mehr Millimeter hoch wurde. An in toto gefärbten Schnitten erwies sich die Mamma der Kontrolltiere stets aus nur wenigen, nicht weit reichenden Gängen bestehend. Der von ihr eingenommene Flächenraum betrug maximal 10 × 5 mm. Bei den injizierten Tieren fand sich eine starke Ausbreitung und Verzweigung der Gänge mit Drüsenbildung und der von der Mamma eingenommene Raum maß 60 × 45 mm. Ähnliche Erfolge konnten auch bei Männchen erzielt werden. Die Nebennieren waren zumeist viel größer; die Nieren wiesen eine parenchymatöse Nephritis mit reichlicher Ausscheidung von Eiweiß aus. Auch bei Verwendung von artgleichen, also Kaninchenplacentarextrakten, waren die Veränderungen quantitativ gleich, wenn auch qualitativ geringer. Eiweiß schieden auch diese Tiere aus. Die gleichen Erfolge konnten nach vorheriger Kastration und nachfolgender Injektion erzielt werden. Niemals kam es zu Milchsekretion. Die bei der Operation ausrasierten Haare wuchsen nicht nach. Die hier verwendete Substanz geht in Kochsalzextrakt über, ist auch in 70% Alkohol und in Äther löslich und thermostabil, läßt sich also nach Belieben sterilisieren. Mit Alkoholätherextrakt des Blutes trächtiger Kaninchen injizierte Tiere zeigten zwar auch Ver-

änderungen, doch waren dieselben nicht sehr prägnant. Die gleichen Extrakte aus Eihäuten bewirkten ähnliche Effekte wie die Extrakte aus der Placenta. Viel geringer, aber doch deutlich, waren die Resultate nach Injektion mit Alkoholätherextrakten aus Corpus-luteum-haltigen Kuhovarien nicht trächtiger Tiere. Auch hier ähnliche, aber viel schwächere Veränderungen an Uterus, Scheide und Mamma und Ausscheidung von Eiweiß. Ganz der gleiche Effekt wurde mit Alkoholätherextrakten aus den Ovarien trächtiger Kühe erzielt, während die gleichen Extrakte aus dem Uterus trächtiger Tiere nur geringe, die aus dem Uterus nicht trächtiger Tiere und nicht Corpus luteumhaltigen Ovarien nicht trächtiger Tiere gar keine Folgeerscheinungen zeigten. Hodenextrakt hatte fast die gleiche Wirkung wie Ovarialextrakt, Gehirnextrakt gar keine Wirkung. Die erzielten Resultate gleichen jenen, wie wir sie physiologischerweise dem Ovarium und der Placenta zuzuschreiben geneigt sind. Sämtliche Extrakte bewirkten am überlebenden Meerschweinchenuterus lang dauernde Kontraktionen. Entfernt man Cholesterin und Cholesterinester aus den Extrakten, so wird die Wirkung derselben nicht beeinflußt. Cholesterin und Cholesterinester (chemisch rein dargestellt) ebenso wie auch das käufliche Lecithin, hatten keine ähnlichen Wirkungen wie die hier erwähnten. Ob es sich um ein internes Sekretprodukt der Placenta handelt, läßt sich nicht entscheiden. Autoreferat.

Marshall, G. Balfour, Case of maldevelopment: congenital absence of vagina: partial development of right Müllers duct: ectopic left kidney in pelvis. (Mißbildung. Kongenitales Fehlen der Vagina; teilweise Entwicklung des rechten Müllerschen Ganges; ektopische linke Niere im Becken.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. empire Bd. **23**, Nr. 4, S. 238—240. 1913.

25jährige Patientin, stets amenorrhoisch. Nierenförmiger Tumor rechts im Becken. Äußeres Genitale normal. Scheide und Uterus fehlen. Laparotomie: Links ektopische Niere in Höhe der articulatio sacroiliaca, fast bis Blase reichend. Die von der Aorta entspringenden Nierengefäße kreuzen die über den oberen Nierenpol ziehende art. iliaea communis. — Beiderseits ein Ovarium, ohne Mesovarium mit dem Hilus an das Peritoneum des M. psoas fixiert. — Das linke Lig. rotundum zieht vom vorderen Ovariumpol direkt zum Leistenring, das rechte bildet vorher ein kurzes Lig. ovarii, wird von dem nur rechts entwickelten Müllerschen Gang gekreuzt, der eine spindelförmige Verdickung (r. Uterushorn) zeigt und in eine Tube mit Fimbrien endigt. *Mohr* (Berlin).

Bennstein, Martin, Ein neuer Fall von vikariierender Menstruation. Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **31**, H. 5, S. 323—330. 1913.

B. teilt einen Fall mit, bei dem es 3 Stunden nach einer Zahnextraktion bei am 2. Tag bestehender Menses zu einer 3tägigen Blutung aus der Extraktionswunde kam, während gleichzeitig die Menstruation sistierte. Verf. deutet diese Blutung als vikariierende Menstruation und teilt eine Zahl von ähnlichen Fällen aus der Literatur mit. *Schäfer* (Berlin).

Goldschmidt, Maximilian, Zur Therapie der Dysmenorrhöe. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 20, S. 546—547. 1913.

G. empfiehlt bei dysmenorrhoischen Beschwerden ohne objektiven Genitalbefund Liquor Sedans (Parke, Davis et Co.), das Hydrastin, Viburnum und Piscidia enthält. Angenehmer Geschmack, Billigkeit. Das Mittel wirkt vor allem schmerzstillend, nicht konstant ist die Wirkung auf zu starke Blutung. *Schäfer* (Berlin).

Blau, Albert, Wesen und Behandlung der Dysmenorrhoe. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 17, S. 653—657 u. Nr. 18, S. 698—702. 1913.

Aus einer Zusammenstellung der verschiedenen, zur Erklärung der Dysmenorrhoe aufgestellten Theorien geht hervor, daß die Mehrzahl der Autoren annimmt, daß „der Urgrund der Schmerzen" im Zustand des Nervensystems liegt. In den meisten Fällen ist die Schwäche des Nervensystems vergesellschaftet mit einer Hypoplasie der Genitalien und ist ebenso wie letztere als Teilerscheinung einer Konstitutionsanomalie, des asthenischen Infantilismus, anzusehen. Es ist daher nötig, den Allgemeinzustand, speziell des Nervensystems zu prüfen und nach Symptomen des infantilistisch-astheni-

schen Habitus zu fahnden. Ergibt sich dann, daß es sich um funktionelle psychoneurotische Störungen handelt, so ist neben der Allgemeinbehandlung und der antinervösen Therapie die Psychotherapie die ätiologisch richtige. — Sehr wichtig ist die Regelung der Darmtätigkeit. — Empfehlung sexuellen Verkehrs ist nur dann berechtigt, wenn keine ungünstigen psychischen Einflüsse durch denselben zu befürchten sind. — Als lokale Behandlung bei infantilistischen Individuen kommen hydrotherapeutische Maßnahmen, Massage, Gymnastik, intrauterine Galvanisation, sowie die Sympathicusmassage in Betracht. Versagt diese allgemeine und lokale Therapie, so kann man Sondierung oder ausgiebige Erweiterung (am besten mit Laminaria) für berechtigt halten. Die zahlreichen Erfolge dieser Therapie sind wohl darauf zurückzuführen, daß die mechanischen physiologischen Vorgänge durch die Erweiterung in ihrer Intensität so herabgesetzt werden, daß selbst das minderwertige Nervensystem sie nicht mehr als schmerzhaft empfindet. — Die Kastration ist wegen der zweifelhaften Erfolge und wegen der Ausfallserscheinungen zu verwerfen. — Die Röntgentherapie ist nicht unbedenklich wegen der eventuellen großen Gefahr dauernder Sterilisierung, sowie des Entstehens minderwertiger Früchte aus dem geschädigten Keimepithel. — Die Behandlung des Schmerzanfalls ist eine symptomatische mit Wärme und den bekannten Medikamenten. Die nasale Therapie verdient wegen ihrer guten Erfolge in jedem Falle versucht zu werden. *Bischoff* (Düsseldorf).

Reynolds, Edward, The theory and practice of the treatment of sterility in women. (Theorie und Praxis der Behandlung der Sterilität des Weibes.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 93—101. 1913.

Reynolds bietet eine kurze Darstellung der Ursachen der weiblichen Sterilität. Besonders betont werden die Anomalien der Sekretion, Tubenverschluß und kleincystische Degeneration der Ovarien. Neues auch in bezug auf Behandlung wird nicht gebracht. *Lihotzky* (Wien).

McDonald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 1. Sterility in the female; its etiology and treatment, with report of a case of instrumental impregnation. (Ätiologie und Behandlung der Sterilität der Frau und Mitteilung eines Falles von künstlicher Befruchtung.) Americ. med. Bd. **19,** Nr. 3, S. 141—150. 1913.

Die Hauptätiologie der Sterilität ist die mangelhafte Ausbildung der Genitalien, der Infantilismus der Scheide und des Uterus. Als gelegentliche Ursachen kommen in Betracht Ovarial- und Tubenerkrankungen, Verlagerungen, Lacerationen des Darmes, tertiäre Lues, Erkrankungen der Schilddrüse, Uterustumoren, nicht perforierte Hymen, Vaginismus. Gonokokkenerkrankungen der Cervix sind selten die Ursache, häufiger solche der Tuben. Fette Frauen werden schwer schwanger. Bevor irgendeine Behandlung begonnen wird, muß das männliche Sperma untersucht werden. Bei fetten Frauen muß eine Entfettungskur gemacht werden. Um den Cervicalschleim zu entfernen und das Sekret der Scheide alkalisch zu machen, werden Spülungen mit Natr. bicarbon. und Natr. carbon. aâ empfohlen. Ferner als Allgemeinbehandlung Corpus-luteumextrakt und Corpora lutea der Kuh mit der Angabe, daß Corpus luteum einen Einfluß auf die Eieinbettung bei Tieren hat und ein solcher auch beim Menschen möglich ist. Bei einer infantilen Scheide wird mit gefärbter flüssiger Gelatinelösung die Retentionsfähigkeit zu prüfen empfohlen und erforderlichenfalls die Scheide mit einem Stielpessar gedehnt. Der infantile Uterus wird durch konstanten Strom (50 M.-A. 5 Minuten 2—3 mal wöchentlich) oder mit einem Stielpessar behandelt, ferner die Dilatation der Cervix empfohlen. Eine Abrasio des Uterus ist nicht nötig. Eine Operation kommt bei langer, harter, konischer Cervix dann in Frage, wenn neben der Sterilität dysmenorrhoische Beschwerden vorhanden sind, und zwar die durch Fenwick 1903 und Pozzi 1909 beschriebene Operation, die durch Abbildungen erläutert wird, ferner die Methode v. Herzl und Dudley, die im Schlitzen der hinteren Cervixlippe besteht. Im Anschluß wird ein Fall von

gelungener künstlicher Befruchtung mitgeteilt und das angewendete Verfahren erörtert. Bei 4 weiteren Fällen hatte die Injektion von Sperma keinen Erfolg. *Schäfer.*

Pick, Alois, Die Behandlung der Appetitlosigkeit mit besonderer Berücksichtigung ihrer nervösen Formen. Mitteilg. d. Ges. f. d. ges. Therap. Jg. 1, H. 3, S. 14—29. 1913.

Die Therapie soll kausal sein. Die Wirkung der Amara auf den Appetit ist nach Pawlow daraus zu erklären, daß Menschen mit Verdauungsstörungen — nach Indigestionen mit Katarrh oder Gärung und Zersetzung der Ingesta im Magen — an abgestumpftem Geschmack leiden. Dieser Geschmacksindifferentismus ist am schnellsten durch ungewohnte, unangenehme Geschmackseindrücke beseitigt; durch Kontrastwirkung entstehen so am leichtesten die lustbetonten Vorstellungen angenehmer Geschmacksempfindung. Ähnlich sei die Wirkung der Gewürze. Nach Marinescu kann man die Achlorhydrie, welche oft Appetitlosigkeit macht, durch Zusatz von 20 Tropfen Tct. chinae zur Mahlzeit beseitigen; nur bei Carcinom wird auch hier keine HCl-Sekretion erzeugt. Bei Gastritis chronica erwies sich Orexinum tannicum oft sehr wirksam. Bei fermentativen Zuständen z. B. bei Atonie sind Kreosotpräparate zu empfehlen; gleichzeitige Massage, Faradisation des Abdomens, Rumpfgymnastik. Bei schweren Motilitätsstörungen methodische Magenspülungen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Adler, L., Das Abderhaldensche Dialysierverfahren. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Adler berichtet über die Ergebisse des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens auf Grund der Erfahrungen der Klinik Schauta. Es wurden von den Herren Hieß und Lederer bisher 131 Fälle untersucht. Von 53 Graviditäten waren 51 positiv, 2 negativ (Hypermesis, Eklampsie). Von 78 nichtgraviden Frauen gaben 52 negative und 26 positive Reaktionen; unter den positiven Fällen waren 13 Uteruscarcinome, 8 Fälle mit eitrigen Adnexen, 3 allgemeine Phthisen mit hohem Fieber, 3 Fälle von Metrorrhagien, bei denen die histologische Untersuchung keine Gravidität ergab. Diese Ziffern zeigen eine relativ große Anzahl positiver Reaktionen bei Adnexentzündungen ohne Gravidität — ähnlich wie dies von der Klinik Wertheim berichtet wurde. Die Technik war in allen Fällen genau die von Abderhalden angegebene. Zu ihrer Erlernung wurde ein Herr der Klinik nach Halle geschickt, dem Abderhalden auf das liebenswürdigste mit Rat und Tat zur Seite stand. Die relativ vielen positiven Fälle ohne Gravidität erschienen unerklärlich, da die Technik Abderhaldens auf das Genaueste eingehalten wurde. Die Prüfung der Placenta auch mit 2 ccm Ninhydrin ergab stets negative Reaktion. Schließlich wurde die Placenta nach Halle geschickt. Abderhalden hatte die große Liebenswürdigkeit, sie zu prüfen und teilte dem Vortragenden soeben mit, daß sie ungenügend und ungleichmäßig entblutet sei. Es erscheint nun auffallend, daß anfangs mit derselben Placenta stets richtige Resultate erzielt wurden. Abderhalden teilte dem Vortragenden mit, daß die Placenta neben braunen Stücken auch ganz weiße enthält. Es ist leicht möglich, daß bald gute, bald bluthaltige Stücke zur Anwendung kamen. Der Vortragende glaubt auf dieses Moment besonders aufmerksam machen zu müssen und meint, daß sich durch Außerachtlassung solcher wichtiger Details Fehlresultate erklären lassen. Von diesem Gesichtspunkte aus müssen auch unsere und ähnliche Untersuchungsergebnisse revidiert werden. Autoreferat.

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Pfeiffer, Serodiagnostik nach Abderhalden. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Pfeifer stellt die Frage, ob im Falle der natürlichen oder künstlichen Klimax, also beim Ausbleiben der innersekretorischen Funktion der Ovarien, mit der Abderhaldenschen Methode Schutzfermente gegen die Keimdrüse im Blute nachzuweisen wären. Die vasomotorischen Ausfallerscheinungen als Symptom der Dysfunktion der

Ovarien würden vielleicht auch serologisch oder organotherapeutisch zu beeinflussen sein. In anderer Hinsicht könnte man differentialdiagnostisch verwerten, wenn in einem zum Klimax nahestehenden Falle der Amenorrhoe das Serum Placentareiweiß oder Ovarialsubstanz abbauen würde. Ob wir also die Diagnose auf Schwangerschaft oder Klimax machen sollen. Mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren würden wir auch in der noch immer im Dunkeln schwebenden Ätiologie der Osteomalacie etwas Licht verschaffen. Vielleicht werden wir bei Osteomalacie im Blute Geschlechtsdrüsensubstanz finden. Wenn Osteomalacie von einer Dysfunktion der Ovarien herstammt, müßte im Blute der Osteomalatiker ein vom Ovariumsekret entstandenes, nicht abgebautes, infolgedessen blutfremdes Material sein. Autoreferat.

Erpf-Lefkovics, Thuisco A., and Jacob Rosenbloom, The biochemistry of the female genitalia. 3. A quantitative study of certain enzymes of the ovary, uterus, and bladder, of pregnant and non-pregnant sheep. (Die Biochemie der weiblichen Genitalien. 3. Eine quantitative Untersuchung gewisser Enzyme des Ovariums, des Uterus und der Blase beim schwangeren und nicht schwangeren Schaf.) (*Biochem. laborat. of Columbia univ., coll. of physic. a. surg., New York.*) Biochem. bull. Bd. **2**, Nr. 6, S. 233—235. 1913.

In Fortsetzung früherer Untersuchungen (Biochem. Bull. 1911 u. 1913) wird an Organextrakten, deren Herstellung genauer mitgeteilt wird, quantitativ der Gehalt an Lipase, Amylase, Pepsin nnd Trypsin festgestellt. Es zeigt sich, daß in Ovarium und Uterusschleimhaut der Gehalt an Lipase, Amylase und Trypsin beim schwangeren Tier größer ist als beim nichtschwangeren, während auf den Pepsingehalt ein Einfluß nicht nachweisbar ist. In der Blase ist kein Unterschied zwischen schwangerem und nichtschwangerem Tier. *Bondy* (Breslau).

Surface, Frank M., The inhibiting effect of excess cow serum in complement fixation with infectious abortion. (Der hemmende Einfluß von Überschuß des Kuhserums in der Komplementfixation bei infektiösem Abort.) (*Biol. laborat., Kentucky, agricult. exp. stat., Lexington.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig. Bd. **17**, H. 5, S. 487—505. 1913.

Verf. stellt die merkwürdige Tatsache fest, daß bei infektiösem Abort ein Überschuß von Kuhserum auf die Komplementablenkungsreaktion hemmend wirkt. Er versucht, die Ursachen dieser Hemmungswirkung und die dabei in Betracht kommenden quantitativen Verhältnisse zu bestimmen. Die außerordentlich sorgfältigen Versuchsanordnungen in 12 Tabellen müssen im Original nachgelesen werden und eignen sich nicht zu einem kurzen Referat. *Weißwange* (Dresden).

Gozzi, Celestino, Castrazione e tiroparatiroidectomia. (Kastration und Entfernung der Schild- und Nebenschilddrüse.) (*Laborat. di patol. gen. ed istol., univ., Pavia.*) Gaz. med. ital. Bd. **64**, S. 31—35. 1913.

Silvestri hatte gefunden, daß bei Kaninchen nach vorheriger Kastration die Entfernung der Nebenschilddrüsen und der Schilddrüsen nicht von dem gewohnten Symptomenkomplex gefolgt ist. Nun sind bei Kaninchen die operationstechnischen Verhältnisse schwierig und nicht einwandfrei. Verf. stellte daher diesbezügliche Versuche an Hunden an und fand, daß alle Tiere (natürlich geschlechtsreife) trotz vorhergegangener Kastration die Thyreoparathyreoidektomie oder die Parathyreoidektomie nicht überlebten, sondern an dem üblichen Symptomenkomplex wie gewöhnliche Tiere zugrunde gingen. Zwei kastrierte Tiere, welche erst 14 Tage nach der Parathyreoidektomie eingingen, zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung der Schilddrüsenlappen in diesen kleine Anhäufungen von Parathyreoidzellen. Die Organe der Tiere wiesen Degenerationen in den Zellen auf. Reichlich vorhandene kleine Blutextravasate ließen auf Gefäßveränderungen schließen. *Baldes* (Frankfurt a. M.)[M]

Allgemeine Diagnostik:

Holland, E. D., Indispensable adjuncts in diagnosis. (Unentbehrliche Hilfsmittel zur Diagnose.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. 9, Nr. 11, S. 258—262. 1913.

Die Dienste eines Laboratoriums sind oft zu teuer, sein Leiter nicht mit dem Patienten selbst vertraut. Der Praktiker soll untersuchen: den Urin, das Blut, bei jedem hartnäckigen Magenleiden auch den Mageninhalt, den Stuhl, Harnröhrenausflüsse. Autor vertritt den diagnostischen Wert des Salvarsans bei Luesverdacht.

Mohr (Berlin).

Descomps, Pierre, L'épigastralgie dans les métro-annexites. (Der epigastrische Schmerz bei den Entzündungen von Gebärmutter und Adnexen.) Sém. gynécol. Jg. 18, Nr. 17, S. 133—135. 1913.

Der epigastrische Schmerz kann den gastro-intestinalen Beschwerden, Folge der Genitalerkrankung, zuzuschreiben sein, doch kann er auch eine direkte Folge der Genitalerkrankung sein; er ist als eine „Cölialgie", Schmerz im Bereiche des Plexus solaris, in innigem vasculären und nervösen Verband mit der Genitalsphäre, aufzufassen. *Daels.*

Bogdánovitsch, Milos, Appendix und weibliche Genitalien. (*Univ.-Frauenklin. Nr. 1, Budapest.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 84, H. 1, S. 47—60. 1913.

Verf. bespricht die verschiedenen Genitalerkrankungen, die dem Krankheitsbild der akuten Appendicitis gleichen. Erstens akute entzündliche Erkrankung der Adnexe, Salpingitis, Oophoritis, der akut entstandene Pyosalpinx, die nach Durchbruch eines Pyosalpinx oder eines ovarialen Abscesses entstandene Perforationsperitonitis, akute puerperale Parametritis; zweitens Stieldrehung von Ovarialcysten; drittens die extrauterine Schwangerschaft. Er bespricht die außerordentliche Schwierigkeit der Differentialdiagnose. Schwieriger wie bei akuter Appendicitis ist die Differentialdiagnose zwischen chronischer Appendicitis und genitalen Erkrankungen.

Seit dem Jahre 1903 wurde auf der ersten Budapester Frauenklinik unter 1002 Laparotomien 35 mal der erkrankte Wurmfortsatz entfernt, neuerdings bei 388 Laparotomien 21 mal. Er beschreibt diese Fälle. 114 mal sind genaue, während der Operation gemachte Beobachtungen über die Appendix notiert. In 97 Fällen, gleich 50%, lag der Wurmfortsatz nach unten, bis in die Beckenhöhle herab. Die Länge desselben war sehr verschieden, 12/13 cm gehörten nicht zu den Seltenheiten. In 19 Fällen war eine Appendicitis auf die Umgebung der Gebärmutter übergegangen und hatte durch die entstandenen Verwachsungen in 5 Fällen eine Retroflexio fixata verursacht. 14 mal war die entzündliche Adnexerkrankung auf die Appendix übergegangen.

Ätiologisch spielt die Obstipation eine Rolle; besonders in dem Fall, wo der Appendix in das kleine Becken herabhängt. Das vorgeführte Material beweist die Richtigkeit der Ansicht, daß Entzündungen von Appendix auf die weiblichen Genitalien übergreifen können und die Ursachen vieler genitaler Krankheiten werden können und umgekehrt. Auf Grund dieser Beobachtungen wird die Appendix auf der 1. Budapester Frauenklinik gelegentlich jeder Laparotomie aufgesucht und im Fall der geringfügigsten Veränderungen exstirpiert. *Weisswange* (Dresden).

Harris, Chas. H., A plea for more care in the diagnosis of abdominal surgical conditions: some of the newer methods of diagnosis. (Befürwortung größerer Sorgfalt bei der Diagnose in Fällen von Bauchhöhlenchirurgie: einige der neueren diagnostischen Methoden.) Texas State journal of med. Bd. 8, Nr. 12, S. 325—329. 1913.

Kurze Schilderung der Röntgenuntersuchung des Magen-Darmkanals sowie der Harnwege und der verbesserten cystoskopischen Methoden, welche nichts Neues bringt.

Schrader (Berlin-Steglitz).

Allgemeine Therapie:

Groedel, Franz M., Versuche über die harten Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 20, S. 1090. 1913.

Groedel hält die Behauptung Dessauers, daß der harte Strahlenanteil der Emission einer Röntgenröhre der Hauptsache nach im Anfange der einzelnen Strom-

impulse entsteht, für durchaus unbewiesen, besonders für Wechselstrom-Gleichrichtapparate, bei denen die energischsten Teilstöße etwa in der Mitte der Strahlenemission auftreten. *Goldschmidt* (Hannover).

Gunsett, A., Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabouraud-Noiré-Tabletten. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 18, S. 980—981. 1913.

Verf. beschreibt eingehend das von Nogier konstruierte „Radiochromoskop", einen Apparat, mit dessen konstanter Lichtquelle man die Bariumplatincyanür-Pastillen des Sabouraudschen, Bordierschen sowie Holzknechtschen Radiometers unabhängig von den Fehlerquellen bei inkonstanter natürlicher oder künstlicher Lichtquelle stets gleichmäßig ablesen kann. *Lohfeldt* (Hamburg).

● **Schwenter, J., Leitfaden der Momentaufnahme im Röntgenverfahren.** Leipzig, Nemnich. 1913. 103 S. 17 Taf. M. 14,—.

Nach einer kurzen historischen Übersicht (I. Kapitel), in der Schwenter den beherzigenswerten Rat gibt, „Schnell"-, „Rapid"- und „Moment"-Aufnahmen voneinander zu unterscheiden, werden im II. Kapitel die Vorzüge der Momentaufnahmen dargelegt, während das III. Kapitel die Apparatur bespricht. Dem Dessauerschen Blitzapparat der Veifa-Werke gibt Sch. durch ausführlichere Besprechung den Vorzug. Das IV. Kapitel handelt von den „Hilfsgeräten zur Momentaufnahme", von denen der Verstärkungsschirm, seiner grundlegenden Bedeutung für die Momentaufnahmen entsprechend, an erster Stelle, wenn auch kurz genannt wird. Kurze Bemerkungen über Platten, Kassetten und ein mechanisches Entwicklungsverfahren folgen. Der 5. Abschnitt zeigt die großen Vorzüge der Momentaufnahmen in $^1/_{200}$—$^1/_{400}$ Sekunde (Einzelschlagaufnahme) und wird durch 17 solcher Photographien (von Dr. Alwens, Frankfurt a. M.) gut illustriert. Das VI. Kapitel ist den Röhren gewidmet, ihrer Drosselung und der Besprechung etwa vorkommender Fehler, die freilich nur eigene Erfahrung zu vermeiden versteht. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit der Moment-Röntgenfernaufnahme, die geeignet ist, der Orthoröntgenographie Konkurrenz zu machen, und führt in Kürze die bis jetzt ersonnenen kinematographischen Verfahren auf, die der allgemeinen Praxis natürlich noch unzugänglich sind, da sie sich durchaus noch im Versuchsstadium befinden. Daß dies bei den einfachen Momentaufnahmen keineswegs mehr der Fall ist, zeigt der besprochene Leitfaden in erster Linie. *Kirstein* (Marburg).

Badstübner, Das Milliampèremeter bei Röntgenaufnahmen und bei der Härtebestimmung von Röhren. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. Jg. 42, H. 9, S. 339—342. 1913.

Die Angabe der Expositionszeiten in Milliampèresekunden (= Zahl der durch die Röhre fließenden Milliampères mal Zeit) ist zwar eine genauere Bezeichnung, als die häufig zu findende Anführung der verwendeten Ampères im primären Stromkreis, genügt aber nicht, da es für die Güte des Bildes nicht gleichgültig ist, ob man eine Röhre mit 2 Milliampères 10 Minuten lang oder mit 10 Milliampères 2 Minuten lang belastet. Es ist deshalb bei Schilderung der Aufnahmetechnik zweckmäßig, Zeit und Milliampèrezahl getrennt anzugeben, sowie den jedesmaligen Härtegrad der benutzten Röhre. Die Härte der Röhre wird durch den Ausschlag des Milliampèremeters kontrolliert; ein Weicherwerden der Röhre ist durch ein Steigen des Zeigerausschlages zu erkennen, ein Härterwerden durch dessen Absinken. Dadurch sind wir imstande, uns von der Konstanz der Röhre zu überzeugen, und können im gegebenen Falle die Regenerierung lediglich nach dem Milliampèremeter vornehmen. Man kann sich für jede einzelne Röhre eine Tabelle aufstellen, welche das gegenseitige Verhalten von Milliampèremeterausschlag und Röhrenhärte erkennen läßt. *Immelmann* (Berlin).

Bauer, Heinz, Beiträge zur Röntgenometrie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20, H. 2, S. 195—201. 1913.

Die vorhandenen Röhrenhärtemesser sind noch recht unzuverlässig. So z. B. stimmen die beiden gebräuchlichsten Meßmethoden, das Saboureaud- und das Kienboeckverfahren nur hinsichtlich des Oberflächeneffektes überein. Jeder Körper, der von Röntgenstrahlen getroffen wird, sendet wieder sogen. Sekundärstrahlen aus, die sich aus einer zerstreuten Primärstrahlung, in Härte und Intensität von der Hauptstrahlung abhängig, und aus einer Eigenstrahlung des getroffenen Körpers, der sogen. „charakteristischen" Sekundärstrahlung, zusammensetzt. Heinz Bauer hat nun versucht, die „charakteristische" Sekundärstrahlung, die homogen ist, allein praktisch zu verwerten. Zu diesem Zweck konstruierte er eine Sekundärstrahlenröhre, die aber für

die Therapie noch nicht ausprobiert ist. Richtige Messungsverhältnisse können erst erzielt werden, wenn es gelingt, eine Röntgenröhre mit einer reinen Gleichstromspannung zu betreiben. Zu dem bisher verwendeten Röntgeninstrumentarium müßte ein Zusatzaggregat angeschafft werden, das aus einem durchschlagsicheren Kondensator, einem Vorschaltwiderstand für den Röhrenkreis und einer Vorrichtung, den Kondensator in zweckentsprechender Weise aufladen zu können, bestehen müßte. In der praktischen Verwirklichung dieser Vorschläge erblickt Verf. die Zukunft der Röntgentherapie.

Hirsch (München).

Bordier, H., Action biochimique des radiations et en particulier des radiations de Röntgen. (Biochemische Wirkung der Bestrahlungen und insbesondere der Röntgenstrahlen.) Arch. d'électr. méd. Jg. **21**, Nr. 355, S. 289—314. 1913.

Bordier, H., Biochemische Strahlenwirkung mit besonderer Berücksichtigung der Röntgenstrahlen. Übersetzt von Ernst Peters. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 2, S. 202—220. 1913.

Auf Grund der bisher experimentell festgestellten Tatsachen bespricht **Bordier** unsere Kenntnisse der Wirkung der verschiedenen Strahlen und entwickelt zum Schlusse seine Theorie über die biochemische Wirkung der Röntgenstrahlen. Die ultraroten Strahlen bringen zur Hauptsache Wärmewirkungen hervor; sie spielen eine große Rolle in der Heliotherapie. Ihre biochemische Wirkung ist nicht primär, sondern resultiert lediglich aus der Wärmewirkung. Beim lebenden Körper geht damit Hand in Hand eine deutliche Gefäßerweiterung und Schweißabsonderung. Die ultravioletten Strahlen wirken bactericid, zerstörend auf Protozoen, wandeln Hämoglobin außerhalb der Gefäße in Methämoglobin um, sind aber so wenig penetrierend, daß sie nur oberflächliche Wirkungen hervorbringen können. In oberflächlichen Geweben wirken sie koagulierend auf das Zellprotoplasma, was sich am besten bei Bestrahlung der Haut zeigen läßt. Zur Erkenntnis der Wirkung der Röntgenstrahlen erinnert er an den Einfluß derselben auf Pflanzen, niedere Lebewesen, embryonales Gewebe, besonders den Glaskörper junger Tiere, und auf erwachsenes gesundes und krankes Gewebe. Dabei sieht er z. B. Tumorgewebe als jungem embryonalem Gewebe entsprechend an. Zum Unterschiede von den anderen Strahlensorten ist ihre Penetrationskraft hervorzuheben, wodurch sie auch die tieferen Gewebsschichten beeinflussen können. Ihre biochemische Wirkung ist etwa folgendermaßen zu erklären: Sie präzipitieren die Granula der Zellkerne und die übrigen Bestandteile der Zelle, welche B. sich als eine kolloidale Masse vorstellt, so daß die in Suspension befindlichen Bestandteile des Zellinhaltes niedergeschlagen werden. Bei schwacher Dosis führt diese Veränderung nur zu einer sich schnell wieder ausgleichenden Umsetzung der Zellbestandteile, wodurch ein vermehrtes Zellwachstum hervorgerufen wird. Bei stärkerer Bestrahlung findet eine so starke Schädigung des Zellinhaltes statt, daß die Restitutio ad integrum längere Zeit beansprucht oder ganz ausbleibt; die Vitalität der Zelle wird geschwächt. Bei sehr starken Dosen dagegen ist die Präzipitation in der Zelle so stark, daß das Zelleben nur eine kurze Zeit noch ermöglicht ist; nach einer kurzen Latenzperiode geht die Zelle zugrunde. Bei Anwendung der Röntgenstrahlen in refrakta dosi müssen wir uns vorstellen, daß die Zelle in der Zwischenzeit Gelegenheit hat, ihre normalen inneren Verhältnisse wiederherzustellen; die Koagulationswirkung der Strahlen wird ev. bei einem derartigen Verfahren eine ungünstige Beeinflussung der betroffenen Zellen verursachen.

Frankenstein (Köln).

Döderlein, A., Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynaekologischen Therapie, insbesondere auch bei Uteruscarcinom. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 553—593. 1913.

Einleitend ein kurzes Bild der Entstehungsgeschichte der gynaekologischen Tiefenbestrahlung. Die seit etwa Jahresfrist in der Münchener Klinik geübte Technik ist die Freiburger Methode. Wie **Krönig** und **Menge** hat auch Verf. bei Myomen in 100% Heilung. Es wird eine tabellarische Zusammenstellung der 21 Myomfälle beigegeben.

Kontraindikationen sind: Polypöse, in die Scheide geborene Myomekombination von Myom mit Carcinom — gangränöse Myome — Myome mit Verdrängungserscheinungen (Verf. hatte in drei Fällen gute Resultate) — Myom mit Ovarialtumor. Myome bei ausgebluteten Frauen bilden keine Kontraindikation, ebenso wird eine soziale Indikation nicht anerkannt. Sehr gute Resultate gibt die Strahlenbehandlung auch bei Metropathien. Tabelle der mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle von hämorrhagischer Metropathie. Andere Indikation für die X-Strahlenbehandlung bilden: Pruritus vulvae, Dysmenorrhöe, temporäre Sterilisation, Osteomalacie, Genital- und Peritonealtuberkulose und entzündliche Adnexerkrankungen. Bei Carcinom sind durch die X-Strahlenapplikation ebenfalls Veränderungen im Tumorgewebe zu erzielen, doch nur bei Verabreichung abnorm hoher Dosen. Viel bessere Resultate bietet dagegen die Behandlung mit Mesothorium. Dies zeigte eine genaue Darstellung von 6 mit Mesothorium teils allein, teils mit Röntgenstrahlen kombiniert behandelten Ca-Fällen; mikroskopische Bilder sind beigegeben. Auch 8 Fälle von Rezidiven sind der Strahlenbehandlung unterworfen worden, teils war hier der Erfolg negativ, teils sind die Kranken noch in Behandlung. *Müller* (Freiburg i. B.).

Krause, Paul, Kritische Beiträge zur Kenntnis der Röntgentiefentherapie. (*Med. Univ.-Poliklin., Bonn.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 2, S. 187—195. 1913.

Verf. ist Anhänger der therapeutischen Serienbestrahlung und verwirft die Anwendung von Gewaltdosen in einer oder zwei Sitzungen. Die Versuche Reifferscheids an menschlichen Ovarien beweisen, daß bereits kleine Mengen ($^1/_2$—1—$1^1/_4$—$1^1/_2$ Erythemdosen) von Röntgenstrahlen genügen, um histologisch nachweisbare Veränderungen zum Teil recht schwerer Art hervorzubringen. Verschiedene Bilder aus der Reifferscheidschen Arbeit sind wiedergegeben. Es ist dringend wünschenswert, daß nur diejenige Röntgenstrahlenmenge verabfolgt wird, welche zur Erreichung der Funktionsuntüchtigkeit der Ovarien ausreicht und jedes schädliche Übermaß vermeidet. Verf. weist auf die Spätschädigungen (Carcinom) unter Anführung von zwei besonderen Fällen (Auftreten eines Carcinoms in 8 Jahren nach Einsetzen der Dermatitis, Auftreten einer starken carcinomverdächtigen Keratose nach 5 Jahren) mit Nachdruck hin. Seine klinischen Erfolge mit kleineren Strahlenmengen belegt Verf. mit 13 Fällen (11 Myome, 2 Menorrhagien). Ehe die experimentellen Grundlagen nicht vorliegen, hüte man sich vor den großen Dosen der Freiburger Klinik. Der von Gauß geprägte Ausdruck Röntgenkater für das Auftreten von nervösen Erscheinungen im Anschluß an die außergewöhnlich starken Röntgenbestrahlungen dürfte unter Hinweis auf langdauernde Psychosen nicht treffend sein. Überaus wünschenswert ist neben der Publikation der Erfolge auch die der Mißerfolge und der Schädigungen. *Dorn* (Kempten).

Dohan, Norbert, Über den derzeitigen Stand der Röntgentherapie. Wien. med Wochenschr. **63,** S. 935—944. 1913.

Verf. gibt eine allgemeine Übersicht über den Stand der gesamten Röntgentherapie; dabei bespricht er auch die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Ovarien und deren Beeinflussung in pathologischen Fällen. Zum Schluß verweist er nachdrücklich darauf, daß auch der Radiologe alles anwenden soll, was ihn vor der Einwirkung der Röntgen- und Sekundärstrahlen schützt. *Monheim* (München).

Kaestle, Karl, Einiges über Technik und Erfolge meiner gynaekologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 2, S. 85 bis 87. 1913.

Verf. bestrahlte 28 Frauen, darunter 8 Myomkranke. Er nimmt Röhren von solcher Härte, daß bei der zur Therapie verwandten Röhrenbelastung die Röhre mit normaler Belichtungszeit ein deutliches Beckenbild der Patientin geben würde. Als Filter: 4—8faches Wildleder und 1—3 mm Aluminium. Anämisieren der Haut durch Kompression, 26 cm Fokus-Hautabstand. 5 Einfallpforten, 3 abdominale, 2 durch die Articul. sacroiliaca führende; bei großen Myomen ev. noch 2 weitere abdominale Felder

neben dem Nabel. In 1 Serie 4/5 bis 1 Volldosis gefilterter Strahlung auf jede Hautpartie, gemessen nach Holzknecht-Sabouraud. Zwischen 2 Serien 3 Wochen Pause. Heilerfolg nach 120—300 X. Niemals „Reiz"blutungen, geringe Ausfallserscheinungen, manchmal geringfügige unangenehme Nebenwirkungen. Bei inoperablem Ca. billigt er abnorm große Mengen stark gefilterter Röntgenstrahlen, ev. in Verbindung mit radioaktiven Substanzen. Er selbst wendet vor Carcinombestrahlungen vielfach Diathermie und Arsonvalisation an. *Monheim* (München).

Mohr, Ludwig, Statistische Bearbeitung der bis zum 1. Januar 1913 veröffentlichten mit Röntgenstrahlen behandelten gynaekologischen Erkrankungen. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 2, S. 105—159. 1913.

Es handelt sich um eine Sammelstatistik ohne Rücksicht auf die Technik der Bestrahlung, und zwar um 796 Myome, von denen 127 zum Teil noch in Behandlung oder vorzeitig ausgeschieden waren. Bei den restierenden 669 Fällen wurde in 56,2% Heilung (Amenorrhöe oder gewünschte Oligomenorrhöe oder Beseitigung der Schmerzen) erreicht; in 17,9% Besserung (Oligomenorrhöe, wo Amenorrhöe bezweckt war, normale Menses); „Heilungen und Besserungen" (von verschiedenen Autoren zusammengefaßt) in 13,2%; ungeheilt 11,1%; Rezidive 1%; 2 Todesfälle = 0,29% [einmal bestand schon vor der Bestrahlung hochgradige Anämie und Herzschwäche (Dilatation)]. Exitus 7 Wochen nach Beginn der Bestrahlung, nachdem sehr heftige Blutungen stattgefunden hatten. Befund: Nephritis chron. Myokarditis. Ein zweiter Fall Exitus an Herzschwäche nach Besserung der Blutung. Was das Alter der Patientinnen (Statistik von 202 Fällen) betrifft, so wurden zwischen 30—40 Jahren 46,4%, zwischen 40—50 Jahren 80,9%, über 50 Jahre 93,8% geheilt. Von 380 Fällen wurde in 294 Verkleinerung oder Schwinden des Tumors beobachtet. Verstärkte Blutung wurde in 3,43%, i. e. 23 von 669 Fällen beobachtet, davon wurden 22 geheilt, einer gebessert. In 52 von 669 Fällen = 7,8% traten Erytheme auf, davon in 33 Fällen (63,5%) Erytheme ersten Grades, in 5 Fällen zweiten, in 2 Fällen dritten Grades (zusammen 17,3%), in 10 Fällen = 19,2% der Erytheme Pigmentation. Ausfallserscheinungen: leichte in 87,7%, schwere in 12,3% (97 Fälle). Beschwerden während der Bestrahlung: „Röntgenkater", Ischias, Obstipation, einmal Bewußtseinsstörung nach der Bestrahlung (vorzeitige Arteriosklerose), Erbrechen, Durchfälle, Blasenbeschwerden. 354 Metropathien, davon scheiden 83 aus verschiedenen Gründen aus. Von 271 Fällen in 46,8% Amenorrhöe, in 6,3% bezweckte Oligomenorrhöe, gebessert 21,7%, „gebessert oder geheilt" 29,2%, Rezidiv 1,5%, 1 Todesfall (0,4%) 6 Tage nach Portioexcision. Im Alter von 20—30 J. 46,2%, von 30—40 J. 43,8%, von 40—50 J. 70%, über 50 J. 83,4% geheilt. Verstärkte Blutung zu Beginn der Bestrahlung in 2,21%. Erytheme (4,1%); davon leichte 45,5%, schwere 9,0%. Pigmentation 45,5%. Ausfallserscheinungen: in 92,3% leichte, in 7,7 schwere. Von 19 Dysmenorrhoen 10 (= 58,8%) geheilt. Pruritus vulvae (30 Fälle) 60% geheilt. Tbc. peritonei von 9 Fällen keiner geheilt. Von 3 tuberkulösen Bauchfisteln 2 geheilt, 1 sehr gebessert. 1 Ulcus tbc. vaginae geheilt. Fluor, gonorrhoische und puerperale Adnextumoren (10 Fälle) sämtlich zum Verschwinden gebracht. Von 44 Portiocarcinomen, 2 Vulvacarcinomen keines geheilt. Besserung der Schmerzen bei 2 Fällen von Osteomalacie. 5 anfangs gestellte Fehldiagnosen (0,63%) führten später zu Operationen und zwar zweimal Ovarialcarcinom, einmal Myom mit Carcinom, einmal Uteruscarcinom, einmal Myom mit Stieltorsion und starker Nekrose. *Lembcke* (Freiburg).

Meyer, P., Mode d'action des rayons de Roentgen sur le fibrome. (Einwirkungsart der Röntgenstrahlen auf das Myom.) Gaz. de gynécol. Bd. **28**, Nr. 645, S. 129—137. 1913.

Verf. teilt auf Grund von Literaturstudien die Ansicht derjenigen Autoren, welche eine indirekte Beeinflussung des Myoms via Ovarien mit gleichzeitiger direkter Einwirkung auf den Tumor annehmen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Regaud, Cl., et Ant. Lacassagne, Sur les conditions de la stérilisation des ovaires par les rayons X. (Über die Bedingungen der Sterilisation der Ovarien mittels Röntgenstrahlen.) (*Laborat. d'anat. gén. et d'histol., fac. de méd., Lyon.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74**, Nr. 14, S. 783—786. 1913.

Eine Röntgensterilisation kann nur dann Zweck haben, wenn sie ohne blutige Operation (Entblösung der Ovarien durch Laparotomie) und ohne Schädigung der Haut, der benachbarten Organe und des Allgemeinbefindens bewerkstelligt werden kann. Tierversuche: 1. beim Kaninchen. Von 7 Kaninchen wurden 3 nach dem 6., 9. und 10. Monat befruchtet, 4 blieben unfruchtbar. Sektion nach 15—20 Monaten ergab teils vollkommen sterilisierte Ovarien, teils vereinzelte anormal entwickelte Follikeln. 2. Beim

Hunde: Die Ovarien liegen tiefer im Innern des Tieres, sind beweglicher und deshalb schwerer zu lokalisieren. Trotz so starker Bestrahlung, daß bei 3 Hündinnen der Tod durch Beschädigung des Verdauungstractus hervorgerufen wurde, enthielten die Ovarien noch unzählige lebensfähige Follikel, neben anderen, die zerstört waren. 3. Bei Menschen: Die Ovarien liegen noch tiefer und sind ebenfalls beweglich, so daß von vornherein angenommen werden kann, daß eine Sterilisation der Frau nicht herbeigeführt werden kann. Das Zurückgehen der Fibrome und Myome ist auf die Beeinflussung des Uterus selbst und seiner erkrankten Schleimhäute zurückzuführen; die Veränderungen der Ovarien sind dabei nur Nebenerscheinungen. In den publizierten Fällen, in denen angeblich Sterilisation erzielt worden ist, handelt es sich meistens um senile oder pathologische Ovarien, die vielleicht schon steril waren. Eine vorübergehende Sterilisation ist möglich. *Immelmann* (Berlin).

Pfahler, George E., Über die Behandlung von Fibroiden des Uterus und der Blutungen im Klimakterium mittels Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20, H. 2, S. 87—93. 1913.

Unter den amerikanischen Gynaekologen hat die Bedeutung der Röntgentherapie bei der Behandlung von Uterusmyomen und anderen Frauenkrankheiten nur langsam Anerkennung gefunden. Pfahler führt dafür zwei Gründe an: 1. In der amerikanischen Literatur existieren nur zwei oder drei Abhandlungen über diesen Gegenstand. 2. Infolge der günstigen Berichte über die chirurgische Behandlung lag kein Bedürfnis vor, sich nach anderen Behandlungsmethoden umzusehen. P. behandelte 26 Fälle, den ersten — also überhaupt einen der allerersten — am 9. April 1903; darunter 21 Fälle von Myom und drei wegen Metropathie.

Behandlungsmethoden: Influenzmaschine von 4 M. A. 6 Minuten; 6—8 Benoist-Strahlen, Fokushautdistanz 30 cm mit Leder- oder 1 mm Aluminiumfilter; Oberflächendosis 4 X. Wasserkühlröhre (Baker) nebst Bauerschem Qualimeter; Quantimeter von Kienböck oder Sabouraud - Noiré. Wöchentlich 2 Sitzungen zu 2 X oder 4 Sitzungen hintereinander mit 14tägiger Pause.

Die Indikation soll stets vom Gynaekologen gestellt werden und sich hauptsächlich auf intramurale Fibroide und nichtmaligne Blutungen im Klimakterium erstrecken. Profuse Blutungen und ausgesprochene Anämie bilden keine Kontraindikation, wohl aber Malignität und pyogene Infektion. Von 16 Patienten sind 13 oder 80% vollständig gesund geworden, bei 12 oder 75% ist die Geschwulst verschwunden. 3 Fälle zeigten eine bedeutende Besserung, 2, darunter eine 33jährige Patientin, waren ungenügend behandelt. Dauer der Behandlung durchschnittlich 3 Monate. In 2 Fällen sah P. Röntgendermatitis 1. Grades, sonst nie Hauterscheinungen. Zum Schluß Hinweis auf die große, hauptsächlich von Deutschen herrührende Literatur. *Goldschmidt.*

Moses, Über Röntgentiefenbestrahlung bei Morbus Basedow und Myom. (Ärztl. Ver., Frankfurt a. M. Sitz. 7. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 19, S. 1062—1063. 1913.

Röntgendermatitis darf heute nicht mehr vorkommen; auch Spätschädigungen sind zu vermeiden. Verf. hat ein Verfahren ausgearbeitet, das relativ große Tiefendosis gibt: das Verfahren der kombinierten Filtration durch verschiedene Metalle — Silber + Aluminium. Er ist Anhänger der Albers-Schönbergschen Methode der Myombehandlung bei voller Würdigung der Arbeiten von Gauß. Er hofft bei Verwendung des kombinierten Filters einen Erfolg der Myombestrahlung schon bei relativ kleiner Hautdosis. *Runge* (Berlin).

Chilaïditis, D., et G. Stavridès, Le traitement des fibromyomes de l'utérus par les rayons X. (Röntgenbehandlung der Myome.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. 10, S. 152—162. 1913.

Entwicklungsgang der Röntgentherapie von der Veröffentlichung der ersten, mit Röntgenstrahlen günstig beeinflußten Myome (1904) bis zur Publikation der Kronig-Gaußschen Felderbestrahlung vor $1^1/_2$ Jahren. Ch. und St. halten die Gefahr der Hautverbrennung bei dieser Methode durch Überdosierung oder Überlagern der an-

grenzenden Hautfelder nicht für unmöglich; sie vermeiden dieselbe, indem sie die Hautfelder durch Verschieben der Haut vermehren und auf jedes Feld eine kleinere Dosis applizieren. Über dem zu bestrahlenden Ovarium werden auf der Bauchhaut 16 quadratische gleichgroße Felder aufgezeichnet; durch Verschiebung der Haut können auch die entfernter gelegenen Hautfelder zur Bestrahlung benutzt werden. Erläuterung der Technik an der Hand einer Skizze. Mit dieser Methode wird das Ovarium 16 mal bestrahlt und die Strahlendosis ist 4 mal so groß wie die bisher applizierte. Die Methode bewährt sich besonders bei sehr großen Myomen, bei denen sich die Lage der Ovarien nicht immer auf Zentimeter bestimmen läßt. Zur Fixation der verschobenen Hautfelder haben Verff. ein racketähnliches Instrument konstruiert, welches sich mittels 3 Gelenke nach allen Richtungen leicht verschieben läßt; das Bestrahlungsfeld bleibt sichtbar, man kann auf der verschobenen Haut Felder einzeichnen und über diesen die Röhre genau einstellen. Neben der Fixation der Haut bewirkt das Instrument eine Anämie, wodurch die Haut gegen die Strahlung unempfindlicher wird. Bericht über 2 nach diesem System behandelter Myomfälle. 4 wöchentlich eine Sitzung. 4—5 X = 2—$2^1/_2$ H, 2 mm Aluminiumfilter, Röhrenhärte 6—7 Benoist - Walther. Im ersten Fall nach der 4. Bestrahlung Amenorrhoe, im zweiten Fall trat nach der 3. Sitzung nur noch eine ganz schwache Periode auf; Amenorrhoe wurde hier wegen des jugendlichen Alters (27 Jahre) nicht erstrebt. In beiden Fällen war das Myom wesentlich kleiner geworden, völliges Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit erzielt worden. *Voigt* (Freiburg i. Br.).

Mannaberg, J., Über Versuche, die Basedowsche Krankheit mittels Röntgenbestrahlung der Ovarien zu beeinflussen. (*Allg. Poliklin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 18, S. 693—696. 1913.

Verf. suchte, basierend auf der Theorie der Wechselbeziehungen zwischen Schilddrüse und Ovarien, die Basedowsche Krankheit durch Bestrahlung der Ovarien zu beeinflussen. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 10 Fälle. In acht Fällen trat Gewichtszunahme um 2,3—21% des Körpergewichtes ein. In der Hälfte der Fälle nahm der Exophthalmus ab, einmal verschwand er. Pulsfrequenz nahm z. T. erheblich, z. T. in nur geringem Grade ab, Tremor wurde günstig beeinflußt. Halsumfang, Menses wenig verändert. In drei Fällen schwanden bestehende Diarrhöen nach der ersten Sitzung. Von drei Fällen, die durch Ovarialbestrahlung wesentlich gebessert waren, verschlimmerten sich zwei auf nachfolgende Schilddrüsenbestrahlung, im dritten Fall wurde am Befund nichts geändert. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Krönig und Gauss, Die operationslose Behandlung des Krebses. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Auf dem Internationalen Kongreß im September 1912 berichtete der Vortragende kurz über 8 Fälle von Carcinom, welche durch Röntgen- bzw. Mesothoriumbestrahlungen soweit beeinflußt waren, daß beim Cervix- und Mammacarcinom dort, wo früher bei tiefen Excisionen stets Krebs nachzuweisen war, kein Carcinom mehr festgestellt werden konnte, und ferner über einen Fall von Magencarcinom, bei welchem der früher leicht palpable Tumor nachträglich nicht mehr zu fühlen war. Insofern war hier etwas Neues in die seit langem bekannte Röntgen- und Mesothoriumbehandlung des Carcinoms eingeführt, als die Filtertechnik gegen früher geändert und Strahlendosen gegeben wurden, welche das Vielfache von denen betragen, was bei der Myombehandlung als sehr groß angesprochen war. Die Behandlung mit Mesothorium wurde in gleicher Weise mit sehr großen Strahlenquantitäten auf einmal, wie sie früher niemals zur Anwendung kamen, ausgeführt, indem zum Beispiel 800 mg Mesothorium auf einmal angelegt wurden. Damit bei diesen enormen Dosen unangenehme Nebenwirkungen vermieden wurden, war es notwendig, eine richtige Filtertechnik auszuarbeiten. Die Filtertechnik, die bei der Behandlung der Carcinome mit Röntgenstrahlen in Anwendung kam, ist ausführlich dargelegt worden durch Gauß und Lembcke, Mayer - Kiel und Heynemann - Halle. Bei der Mesothoriumbehandlung wurde im Prinzip daran

festgehalten, daß durch das Filter die α = und β = Strahlen ganz absorbiert wurden, und daß nur γ-Strahlen zur Einwirkung kamen. Die zur Verwendung kommenden Filter bestanden aus 3 mm dickem Bleischutz, $^3/_4$ mm Gold, oder $^1/_2$ mm Platin. Die Anwendung des dichteren Metalls hat den Vorteil, daß die verwendeten Filterhülsen ein geringeres Volumen darstellen, so daß die mit Mesothorium armierten Filterhülsen leicht in die Gebärmutter- und Carcinomhöhle eingeführt werden können. (Demonstration der vom Instrumentenmacher F. L. Fischer-Freiburg i. Br. konstruierten Filter.) Vorbedingungen dieser Filteranwendung ist der Nachweis, daß die vom Mesothorium ausgesandten reinen γ-Strahlen 1. eine biologische Wirkung haben, und 2. spezifisch auf das Carcinom einwirken. Es werden die zum Beweis aufgestellten Versuche kurz angeführt. Die biologische Wirkung der reinen γ-Strahlen wird dadurch demonstriert, daß eine Maus in eine Bleikammer eingeschlossen wurde, deren Wand 4 mm Dicke betrug. Es war dann Mesothorium von außen auf die Bleikammer gelegt, und die Maus nach 24stündiger Einwirkung der γ-Strahlen getötet. Die durch Professor Aschoff ausgeführte Obduktion ergab eine weitgehende Zerstörung der Organzellen, vor allem der Milz. Die spezifische Einwirkung der γ-Strahlen auf die Carcinomzellen wurde an der Hand eines Ulcus rodens demonstriert. Im Gegensatz zu der hier üblichen Verwendung des weichen Anteils des Mesothoriumstrahlengemisches war das Mesothorium vor dem Carcinom auch wiederum mit dickem Blei gefiltert. Die Heilung des Ulcus rodens allein durch die reinen γ-Strahlen wird an einer Moulage demonstriert. Krönig bespricht dann kurz die bisher an der Freiburger Univ.-Frauenklinik erzielten klinischen Resultate beim Carcinom. Es war selbstverständlich, daß bei Carcinombestrahlungen zunächst der seit langen bekannte Weg betreten wurde, nämlich Einwirkung ungefilterter oder nur schwach gefilterter Röntgenstrahlen auf das Carcinom, und daß man erst im Laufe der Zeit, unzufrieden mit den erzielten Resultaten, zur gefilterten Bestrahlung mit hohen Dosen überging. Das Material wird in 2 Hauptgruppen einzuteilen sein. 1. Einwirkung hauptsächlich der ungefilterten oder schwach gefilterten Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung, d. h. also alte Methode, und 2. stark gefilterte Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung mit sehr hohen Dosen, d. h. neue Methode. Weiter wurde das Material noch in 2 Untergruppen eingeteilt, entsprechend dem zunehmenden Vertrauen, das man erst allmählich der Strahlenbehandlung schenkte, nämlich 1. Anwendung von Röntgen- und Mesothoriumstrahlen zur Vermeidung eines Rezidivs eines operierten Carcinoms, 2. Anwendung von Röntgen- und Mesothoriumstrahlen zur Heilung von nicht operiertem Carcinom. Das gesamte, mit Strahlen behandelte Carcinommaterial umfaßt 146 Carcinomfälle. Mit der ungefilterten oder nur schwach gefilterten Bestrahlung örtlich oder abdominell behandelt sind 26 Carcinome. Es wurden hier die gleichen Erfahrungen gemacht, wie sie schon seit über einem Jahrzehnt in der Literatur vorliegen von Suilly, Cleveland, Leduc, Harry, Deutsch, Klein, Eltze usw., nämlich Aufhören der Blutung, oberflächliche Vernarbung, ev. sogar Beweglichwerden des Tumors usw. Unter diesen unseren Fällen jener Periode fand sich z. B. ein jauchendes, stark blutendes Carcinom, welches nach der Bestrahlung 5 Jahre später so fest oberflächlich vernarbt war, daß niemals wieder Jauchung noch Blutung auftrat. Dennoch sind alle Fälle jener Zeit, soweit wir darüber Nachricht über sie haben, gestorben. Krönig zieht gleich den amerikanischen und französischen Autoren den Schluß daraus, daß man in der ungefilterten oder nur schwach gefilterten Bestrahlung mit geringen Dosen sowohl bei der Röntgenals auch bei der Mesothoriumbehandlung ein vorzügliches Palliativmittel zur Einschränkung der Jauchung und Blutung beim Carcinom, aber kein Heilmittel besitzt. Bestrahlungen zur Verhütung des Rezidivs nach operierten Carcinomen, Verfahren, wie sie ebenfalls von den Franzosen schon lange gefordert wurden, wurden in der Freiburger Klinik im ganzen in 64 Carcinomfällen vorgenommen. Da sich diese Behandlung naturgemäß über Jahre hinauszog, so ist es verständlich, daß diese Fälle zum Teil mit ungefilterter und zum Teil mit gefilterter Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung be-

handelt wurden. Die Resultate sind, soweit wir der Fälle wieder habhaft werden konnten, außerordentlich interessant, weil sie deutlich die Überlegenheit der starken über die schwachen Dosen zeigen. Von den 64 Carcinomfällen wurden zur Verhütung des Rezidivs 43 Fälle fast ausschließlich mit ungefilterter Röntgenbestrahlung behandelt, während 21 Fälle zum größeren Teil mit gefilterten Strahlen und hohen Dosen behandelt wurden. Der Unterschied ist eklatant. Während von den 43 Fällen nachweislich 23 an Carcinom gestorben sind, sind von den 21 Fällen sämtliche 21 nachweislich rezidivfrei. Einschränkend muß allerdings hinzugefügt werden, daß entsprechend dem Entwicklungsgang von ungefilterter zur gefilterten Bestrahlung die mit gefilterten Strahlen behandelten Fälle noch nicht lange beobachtet sind. Immerhin beträgt die gesamte Beobachtungszeit seit der Operation unter den 21 Fällen bei 14 Fällen länger als 1 Jahr, und zwar bei einem Fall über 5 Jahre, bei 2 Fällen über 4 Jahre, bei 7 Fällen über $1^1/_2$ Jahre. Wenn man bedenkt, daß erfahrungsgemäß 60% der Rezidive im ersten Jahre nach der Operation zur Beobachtung kommen, so haben diese Zahlen immerhin schon beweisende Kraft. Sie zeigen deutlich, daß zur Verhütung des Rezidivs die Anwendung von geringen Röntgendosen mit schwacher Filterung vielleicht sogar schädlich wirken, indem sie wahrscheinlich durch Anreizen des Gewebes schlummernde, zurückgebliebene Carcinomzellen schnell zum Wachstum bringen. Auf der anderen Seite können stark gefilterte Strahlen mit hohen Dosen angewendet ein Rezidiv weitgehend verhüten. Zum Schlusse werden die Fälle besprochen, bei denen von vornherein eine Operation abgelehnt und das Carcinom ausschließlich mit stark gefilterten Röntgen- und Mesothoriumstrahlen bei hohen Dosen behandelt wurden. Es sind dies im ganzen 56 Fälle. Über die ersten 8 Fälle berichtete Krönig, wie bereits eingangs erwähnt, schon auf dem Internationalen Kongreß 1912. Von den restierenden 48 Fällen sind 18 Fälle noch in Behandlung, und 17 Fälle sind als geheilt zu betrachten, wenn wir unter Heilung verstehen, daß bei völligem Wohlbefinden und Symptomlosigkeit bei mehrfach ausgeführten Excisionen kein Krebs mehr nachweisbar ist. 5 Fälle sind während der Behandlung gestorben, 7 Fälle haben sich der weiteren Behandlung entzogen. Die längste Dauer der Rezidivfreiheit beträgt 1 Jahr 2 Monate. An der Hand von zahlreichen Moulagen werden verschiedene Fälle von Röntgen-Mesothorium-Tiefenbestrahlungen demonstriert. Darunter ein großes Bauchdeckenrezidiv nach Wertheimscher Operation, rezidivfrei über 1 Jahr: ein Cancer encurasse, rezidivfrei seit 5 Monaten; ein Mammacarcinom, rezidivfrei seit 9 Monaten, und zahlreiche Fälle von Cervix-, Portio- und Scheidencarcinom. In Behandlung stehen Ösophaguscarcinome, Gesichtscarcinom, Magencarcinome. Zum Schlusse resümiert Krönig folgendermaßen: Wollen wir ein Carcinom erfolgreich mit Strahlentherapie behandeln, so müssen hohe Dosen von Röntgenstrahlen und sehr hohe Dosen von Mesothorium verwendet werden. Entsprechend der auf einmal applizierten hohen Strahlendosis muß zur Vermeidung von Hautschädigungen eine starke Filterung eintreten. Die Filterung soll bei Mesothorium möglichst soweit getrieben werden, daß alle α- und β-Strahlen im Filter absorbiert sind. Ebenso wie seit langem eine örtliche Oberflächenwirkung der Röntgen- und Mesothoriumstrahlen festgelegt ist, ist heute mit Sicherheit erwiesen, daß es eine örtliche Tiefenwirkung auf das Carcinom durch gefilterte Röntgen- und Mesothoriumstrahlen gibt. Der sicherste Beweis ist die Beeinflussung des Magencarcinoms durch die Bauchwand hindurch. Auf Carcinomfälle mit Metastasen scheint die Röntgen- und Mesothoriumtiefenbestrahlung bisher keinen nachhaltigen Einfluß zu haben.

Autoreferat.

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Gauss und Krinski, Zur Mesothoriumbehandlung der Myome und Metropathien. (*Univ.-Frauenklinik Freiburg.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Dem Ausbau der früheren Röntgenbehandlung zu der wohlcharakterisierten Methode der Röntgentiefentherapie mußte notwendig eine ähnliche Ausgestaltung der Radiumtiefentherapie folgen. Französische Autoren hatten schon bemerkenswerte

Ansätze zu einer Radiumtiefentherapie gemacht. Oudin und Verchère hatten 1906 als Erste gynaekologische Leiden mit Radium angegriffen. Ihre nicht allzu ermutigenden, durch unangenehme Nebenwirkungen beeinträchtigten Erfolge wurden verbessert durch die Anwendung des von Dominici als ultrapenetrierende Strahlen bezeichneten harten Strahlenanteils. Wickham, Degrais und Chéron konnten über die mit ihnen in der Gynaekologie erzielten Heilerfolge berichten. Trotz des deutlich erkennbaren Fortschrittes gegenüber Oudin und Verchère mußten auch sie zugeben, daß nur eine beschränkte Zahl besonders gearteter, leichterer Fälle der von ihnen angewendeten Technik zugänglich sei: Patienten unter 35 Jahren, stark anämische Frauen, mittlere und größere Tumoren weisen sie nach wie vor dem Messer des Chirurgen zu, wenn nicht die von Chéron und Bouchacourt inaugurierte kombinierte Strahlenbehandlung zum Ziele geführt hat. Die wenigen außerhalb Frankreich gemachten Versuche, mit Radiumstrahlen gynaekologische Fälle zu behandeln (Friedländer, Essen-Möller), konnten nicht mehr als jene erreichen. So lag es nahe, die Prinzipien der von uns ausgearbeiteten Röntgentiefentherapie auch zu dem Ausbau einer Radiumtiefentherapie zu verwerten. Wir benutzten dazu die uns von der Industrie bereitwilligst zur Verfügung gestellten großen Mengen von Mesothorium und das nach unseren Angaben von dem Instrumentenmacher F. L. Fischer, Freiburg i. Br., Kaiserstraße, angefertigte spezielle Instrumentarium. Der Nachweis einer biologischen Wirkung der γ-Strahlen war erbracht durch die schweren Organschädigungen der in einer starken Bleikammer bestrahlten Mäuse, durch die Heilung eines Ulcus rodens und tiefgelegener Carcinome mit reiner γ-Strahlung. Der biologische Beweis für die spezifische Einwirkung der γ-Strahlen auf das weibliche Genitale war für Radium schon von London erbracht. Auf diesen theoretischen Grundlagen für eine allgemeine Brauchbarkeit der gynaekologischen Mesothoriumtiefentherapie gingen wir daran, die Einzelheiten einer speziellen Technik für unsere Zwecke auszuarbeiten. Der Weg, auf dem die wirksamen Strahlen dem Körper einverleibt wurden, war ein verschiedener. Anfänglich wurde analog der Röntgentiefentherapie hauptsächlich abdominell bestrahlt. Trotzdem wir auf diese Weise Amenorrhöe zu erzielen imstande waren, schien es in Berücksichtigung des erwünschten Nahabstandes der strahlenden Materie vom Bestrahlungsobjekt zweckmäßig, so dicht wie möglich an Uterus und Ovarien heranzugehen und je nach Lage der Dinge vaginal, cervical oder intrauterin zu bestrahlen. Dabei wurde natürlich auf die Wirkung des Kreuzfeuers, d. h. die gleichzeitige Anwendung der Bestrahlung von verschiedenen Seiten nicht verzichtet. Die spezielle, für die beste Wirkung zweckmäßigste Filterung festzulegen, war die Hauptschwierigkeit unserer Arbeit. Um sie zu bewältigen, mußten Grundlagen für eine brauchbare Meßtechnik geschaffen werden. Nach vergeblichen Versuchen, die beim Röntgenverfahren üblichen Methoden anzuwenden, mußten wir uns damit abfinden, für jedes Präparat und verschiedene Filterarten durch biologische Eichung die Zeit herauszufinden, in der ein Erythem der Haut gerade noch nicht eintrat. Man kann sich leicht vorstellen, wie viel Möglichkeiten durch die Kombination verschieden großer Mesothoriummengen in verschieden starker Filterung entstehen können. Dementsprechend ist eine für die Praxis brauchbare Technik zwar in ihren Umrissen festgelegt, bedarf aber doch noch sehr der Ausarbeitung. Die Bedeutung einer exakt ausgebauten Filtertechnik ist für die Mesothoriumtiefentherapie anscheinend noch erheblich wichtiger als sie schon für die Röntgentiefentherapie war. Nicht nur wegen der verschiedenartigen Tiefenwirkung verschieden gefilterten Bestrahlung, sondern auch wegen der mannigfachen dabei beobachteten Nebenwirkungen auf die Körperoberfläche. Die α-Strahlen abzublenden, die bekanntlich durch ihre extreme Weichheit der Haut besonders gefährlich sind, genügt bekanntlich schon eine dünne Lage von Gaze, Papier oder Gummi. Die Abblendung der weichen β-Strahlen bedarf schon stärkerer Filter, wie wir sie von der Röntgentiefentherapie, z. B. dem Aluminium, bereits kennen. Um eine weitgehende Tiefenwirkung zu bekommen, muß man dagegen vielleicht auch

noch die harten β-Strahlen abfiltern, so daß wir im allgemeinen ein Bleifilter von nicht weniger als 1 mm Dicke anwenden zu müssen scheinen. Daß auch die γ-Strahlen noch Hautschädigungen zu machen imstande sind, haben wir im Verlaufe unserer Untersuchungen erfahren müssen, so daß auch bei den starken Filtern besondere Vorsicht nötig ist. Wie weit eine im Filter entstehende Sekundärstrahlung besteht und praktisch von Wichtigkeit ist, ist Gegenstand ausgiebiger Untersuchungen, die noch nicht abgeschlossen sind. Wir haben uns bisher gegen eine eventuelle Schädigung durch sie durch Gaze- oder Gummiüberzug der Filter zu schützen versucht. Daß Überstrahlungen durch zwei zu dicht nebeneinander liegende Präparate entstehen können (Demonstration) sei hier nur andeutungsweise erwähnt. — Aus unseren Erfahrungen heraus ist ein spezielles Instrumentarium entstanden, das bei zweckmäßiger Anwendung der strahlenden Materie gleichzeitig unangenehme Nebenschädigungen zu vermeiden geeignet sein soll. Die Unterbringung der Mesothoriumkapsel in ein Filter, die Verwendung der verschiedenen Filter in ein oder mehreren Exemplaren, die Applikation am menschlichen Körper ergeben sich (Demonstration) aus dem Instrumentarium. Die Erfolge der Mesothoriumbestrahlung bei Myomen und Metropathien waren außerordentlich günstig. Unter 198 bis jetzt mit Mesothorium bestrahlten Patientinnen befinden sich 102 Myome und Metropathien. Lassen wir 22 Fälle von Myom und Metropathien beiseite, die einer kombinierten Röntgen-Mesothoriumbehandlung unterzogen wurden, so bleiben 80 mit reiner Mesothoriumbehandlung in Angriff genommene Frauen, und zwar 42 Myome und 38 Metropathien. Es wurde ohne Rücksicht auf Alter, Entblutung der Patientin und Größe des Tumors bestrahlt. Die größten Myome überragten um 2 Querfinger den Nabel. Die stärkste Anämie betrug 18% Hgbl, die jüngste Myompatientin war 20 Jahre alt. Von 2 Patientinnen, die sich der Behandlung entzogen, abgesehen, befinden sich zurzeit noch 50 in Behandlung, während bei 30 die Behandlung abgeschlossen ist. Bei diesen letzteren ist Amenorrhoe und Myomschrumpfung bis zu völligem Schwund des Tumors zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zahl der Bestrahlungsserie beträgt 2,6 bis zur Amenorrhoe bei Myom, und 2,3 bei Metropathie. Bei Frauen zwischen 35—40 Jahren dauert die Behandlung durchschnittlich 8 Wochen, zwischen 41—50 7 Wochen und nach dem 50. Jahre 6 Wochen bis zur Amenorrhoe. Die durchschnittliche Gesamtdauer der Bestrahlungszeit beläuft sich bei Myom auf 176,5, bei Metropathien auf 175,8 Stunden. Die Amenorrhoe besteht bis jetzt durchschnittlich 4 Monate. Alle Patienten sind arbeitsfähig und haben nur in 3% wesentliche Ausfallserscheinungen. Wir beobachteten in 53% Nebenwirkungen im Sinne eines Mesothoriumkaters, analog dem von uns beobachteten Röntgenkater. Auch Temperatursteigerungen, Schwächeanwandlungen und Tenesmen im Bereiche der Blase und des Mastdarms wurden gelegentlich beobachtet. Das Zustandekommen der Wirkung wurde durch Bestrahlung von Tieren untersucht. Neben anderen Organbeeinflussungen waren die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Ovarien am stärksten in die Augen springend. Es wurde durchaus gleichartige schwere Beeinflussung des Follikelapparates im Ovarium festgestellt, gleichgültig, ob die Tiere mit Mesothorium oder Thor-X behandelt waren. Besonders auffällig erschienen gleichartige Veränderungen der Ovarien nach Injektion von Enzytol (Demonstration mikroskopischer Bilder). Für die Frage, ob die Einwirkung direkt durch Bestrahlung oder indirekt durch chemische Vorgänge in den Zellen entsteht, werden klinische Beobachtungen herangezogen; von besonderer Wichtigkeit erscheint das Vorkommen amenorrhoischer Zustände bei Fernbestrahlungen und Enzytolinjektionen. Autoreferat.

Müller, Christoph, Die Krebskrankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochfrequentierter Elektrizität resp. Diathermie. Strahlentherap. **2**, S. 170—191. 1913.

Die Zellen bösartiger Neubildungen können durch Röntgenstrahlen zum Zerfall gebracht werden; diese Möglichkeit ist am besten gegeben an der Oberfläche des Körpers und gestaltet sich mit zunehmendem Tiefensitz der Neubildung immer schwieriger. Der

Kampf gegen die malignen Tumoren muß nach 3 Richtungen geführt werden. 1. Entstandene Tumoren zur Rückbildung zu bringen (Therapie), 2. der Entstehung solcher Tumoren vorzubeugen (Prophylaxe), 3. Rezidive von zurückgebildeten oder entfernten Tumoren zu verhindern (Nachbehandlung). Bei der Bestrahlung tiefer gelegener Tumoren verwendet Verf. hauptsächlich die anämisierende und gegen Röntgenstrahlen desensibilisierende Wirkung der Hochfrequenz. Der Röntgenbehandlung läßt er die Diathermie vorausgehen, die eine Hyperthermie im behandelten Gewebe erzeugt. Besonderes Augenmerk verwendet er auf die Nachbehandlung von Carcinomoperationsnarben, da die größte Zahl der Rezidive schon nach 3 Monaten in den Narben selbst entsteht. Müller teilt das Resultat von 100 bisher nach seiner Methode behandelten malignen Tumoren mit. 32 Fälle wurden erfolglos bestrahlt, 36 Fälle günstig beeinflußt und 32 Fälle völlig zurückgebildet (seit mindestens $^3/_4$ Jahren rezidiv- und metastasenfrei). Unter den 160 Fällen befinden sich 5 Uteruscarcinome, von denen 3 erfolglos behandelt und 2 günstig beeinflußt wurden. 200 weitere Fälle von malignen Geschwülsten stehen zurzeit noch in Behandlung. Es ist anzunehmen, daß die Statistik dieser Fälle noch günstiger ausfallen wird, da Verf. weiter vorgeschrittene Fälle mit ausgesprochenem Kräfteverfall von der Behandlung ausschließt. *Hirsch* (München).

Adler, Behandlung mit Mesothorium. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Mit Rücksicht auf die kleine Anzahl von Fällen, welche wir bis jetzt an der Klinik Schauta mit Mesothorium behandelt haben, und wegen der kleinen Quantitäten Mesothorium, die uns zur Verfügung standen, können wir von ähnlichen Resultaten, wie sie Bumm, Krönig und Döderlein mitgeteilt haben, nicht berichten. Immerhin konnten wir auch bei Anwendung der kleinen Mengen, über die wir bis jetzt verfügten, — die größte in einem Falle von uns angewendete Dosis betrug 1200 Milligrammstunden — nekrotischen Zerfall von Tumoren sowie allmähliche Reinigung der jauchenden Krater beobachten. Besonders hervorhebenswert ist, daß sich auch in einigen unserer Fälle mikroskopische Veränderungen konstatieren ließen, ähnlich wie Aschoff und Krönig sowie Döderlein sie beobachtet haben: Vakuolisierung des Protoplasmas, syncytiumartige Verschmelzung der Zellen, Kernschwund, Auftreten von sehr großen unregelmäßigen, chromatinreichen Kernen, Verdickung der Gefäßwände, Einwanderung eosinohpiler Leukocyten sowie Bildung eines jungen Granulationsgewebes inmitten des Carcinoms. Mit der Deutung dieser Gewebsveränderungen muß man allerdings vorsichtig sein. Die Behandlung wird an unserer Klinik vorläufig in Fällen von inoperablem Carcinom fortgesetzt werden. Autoreferat.

Friedlaender, R., Über die Kombination von Wärme und Massage. (*Sanat. Friedrichshöhe, Wiesbaden.*) Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20,** Nr. 19, S. 575—579. 1913.

Von allen Apparaten hat sich Verf. die Foen-Dusche in der Praxis am besten bewährt. Sie ist bequem und leicht zu handhaben und kann an jede elektrische Leitung angeschlossen werden. Auch bei der Massage wird eine aktive Hyperämie hervorgerufen, die aber naturgemäß lange nicht die Grade erreicht wie bei künstlicher Wärmezuführung, andererseits wird die resorbierende und auflösende Wirkung der Wärmehyperämie durch den mechanischen Effekt der verschiedenen Massageprozeduren und durch zweckmäßig mit ihnen verbundene aktive und passive Gymnastik wesentlich verstärkt; dazu kommt noch die besondere Einwirkung der Massage auf Nerven und Muskeln. Es wird ferner die Ausführung der Massage durch die unter der Wärme eintretende Herabsetzung der Empfindlichkeit und allgemeine Erschlaffung der Teile entschieden erleichert. Auch diese kombinierte Behandlung führt Verf. mit der Foen-Dusche in der Art aus, daß er erst 5—10 Minuten die Heißluftdusche auf den betreffenden Körperteil einwirken läßt, bis eine entsprechende Hyperämie erzeugt ist, um dann unter Fortsetzung der Heißluftbehandlung mit streichenden, reibenden und knetenden Manipulationen zu massieren. An diese Thermomassage sind dann unmittelbar gymnastische Übungen, passive und aktive, ev. Widerstandsbewegungen anzuschließen. *Liebich.*

Weiermiller, R., Neuere Erfahrungen mit dem Pantopon „Roche“. Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20,** Nr. 16, S. 492—496. 1913.

Die pharmakologische Prüfung des Pantapons im Tierversuch ergab eine deutlich narkotische und eine sedative Wirkung; dabei treten die unerwünschten Nebenerscheinungen sowohl des Morphins als auch des Opiums in den Hintergrund, da die Erregbarkeit des Atemzentrums weniger herabgesetzt wird. Im klinischen Versuch ist der Einfluß des Pantopons auf den Darm abhängig von seiner Applikationsweise. Bei leerem Magen genommen, hemmt es die Peristaltik, bei gefülltem Magen und per injectionem übt es einen kaum merklichen Einfluß auf diese aus. Die klinische Verwendung des Pantopons umfaßt die gesamten Indikationen des Opiums und einen großen Teil der des Morphiums. Als Analgeticum leistet es bei den verschiedensten Erkrankungen gute Dienste, dabei ist die Gefahr der Gewöhnung sehr gering, außerdem erschöpft sich seine Wirkung nicht so schnell wie die des Morphiums. Die narkotische Komponente des Pantopons kommt in ausgedehntem Maße bei der Vorbereitung für die Inhalationsnarkose und Lokalanästhesie zur Verwendung. Während bis vor kurzem die gleichzeitige Verabfolgung von Skopolamin neben Pantopon eine vielgebrauchte Dosierung abgab, wurde in neuerer Zeit das Skopolamin durch Atropinschwefelsäureester ersetzt mit dem Erfolg, daß das Erregungsstadium zu Beginn der Narkose prompt verhütet wurde. — In der Geburtshilfe ist häufig mit Pantopon allein ein hinreichender Dämmerzustand während der Geburt erreichbar. Zweckmäßig ist eine Kombination mit Hypophysenextrakt, wodurch einerseits die Schmerzen vermindert, andererseits die durch das schmerzlindernde Mittel häufig herabgesetzten Wehen wieder zu normaler, ja sogar verstärkter Tätigkeit angeregt werden können. Alles in allem geht aus der bis jetzt vorliegenden Gesamtliteratur hervor, daß sich das Pantopon einer allgemeinen Anerkennung erfreut. *Weber* (München).

Kalabin, J. S., Über die Anwendung von Phobrol in der gynaekologischen und geburtshilflichen Praxis. Praktizeskji Wratsch Jg. **12,** Nr. 16, S. 243—245. 1913.

Mitteilung von 3 gynaekologischen und 6 geburtshilflichen Fällen, in denen Phobrol (50 proz. Lösung von Chlormetacresol) in $^1/_2$ proz. Lösung zu Scheidenspülungen verwendet wurde. Wegen seiner baktericiden Kraft und Ungiftigkeit empfiehlt Verfasser das Phobrol für die gynaekologische und geburtshilfliche Praxis. Verfasser ist Anhänger von Scheidenspülungen mit Desinfizientien bei Wöchnerinnen. *Braude* (Berlin).

Allgemeine Chirurgie:

Clarke, Colin, The sterilization of skin and wounds. (Die Sterilisation der Haut und der Wunden.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **20,** Nr. **4,** S. 458—461. 1913.

Clarke empfiehlt an Stelle der Jodtinktur, deren Nachteile (scharfer Geruch, Brennen auf der Haut, Verursachen von Ekzem, Flecken auf der Wäsche) er aufzählt, den Gebrauch einer Lösung von 1 g Sublimat (mercury perchloride) auf 500 Methylalkohol. Die Resultate sind ebenso ausgezeichnet wie bei Jodtinktur. Die der letzteren anhaftenden Nachteile fallen weg und deshalb ist die Sublimatdesinfektion vorzuziehen. *Lihotzky* (Wien).

Kondring, Heinrich, Klinische Erfahrungen mit Chlormetakresol zur Schnelldesinfektion der Hände. (*Provinzialfrauenklin., Posen.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 513—515. 1913.

Um Chlormetakresol in jedem Verhältnis wasserlöslich zu machen, mußte es mit rizinolsaurem Kali als der geeignetsten Seife emulgiert werden. Eine solche 50 proz. Lösung bringt Hoffmann-La Roche unter dem Namen „Phobrol“ in den Handel. Schon die 0,5 proz. Lösung tötet Staphylokokken in einer Minute ab; benutzt man statt Wasser Alkohol als Lösungsmittel, so wird die desinfizierende Kraft gewaltig gesteigert. Kondring benutzt zur Händedesinfektion eine Lösung von Phobrol 10,0: 1000 Alkohol 70%; dabei wird folgendermaßen verfahren: 1. Waschung mit warmem Wasser und Seife während 3 Minuten. 2. Sorgfältiges und intensives Ab-

reiben der Unterarme und Hände und Finger mit Phobrolalkohollösung mittels Flanelllappens durch 5 Minuten; die ganze Desinfektion dauert also 8 Minuten. Die klinischen Resultate bei 137 gynaekologischen Operationen (73 Laparotomien) und bei 90 operativen Entbindungen waren sehr gut. Die Haut der Hände bleibt weich und zart. Die alkoholische Lösung ist absolut geruchlos. *Lihotzky* (Wien).

McDonald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 6. Sterilization of the skin. (Sterilisation der Haut.) Americ. med. Bd. **19**, Nr. 3, S. 167—168. 1913.

Verf. schlägt an Stelle der Grossichschen Hautdesinfektion mit Jodanstrich auf Grund 4jähriger Erfahrung folgende Lösung vor: Jodtinktur 2%, Tetrachlorkohlenstoff 98%. Die Lösung wird vor der Operation 2 Minuten lang mit einem Gazetupfer in die Haut eingerieben. Die Lösung hat vor der Jodtinktur den wichtigen Vorteil, daß sie Fett löst (was beim einfachen Jodanstrich nicht der Fall ist), wodurch ein tieferes Eindringen des Desinficiens in die keimhaltigen Drüsen einzig und allein gewährleistet wird. Ferner ist die Lösung völlig reizlos, sodaß sie ohne Gefahr von Ekzem zur mechanischen Reinigung verwendet werden kann. *Albrecht* (München).

Holt, Chas. H., Sterilization of skin in emergency work, with special reference to benzine-iodin and iodin methods. (Hautdesinfektion bei dringenden Eingriffen, mit besonderem Bezug auf Jodbenzin und Jodmethoden.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **9**, Nr. 9, S. 211—213. 1913.

Zu berücksichtigen ist der antiseptische (d. h. Wachstum und Produktion der Keime hemmende) und der keimtötende Charakter dieser Methoden. Die gewöhnliche Desinfektion der Haut entfernt mit Wasser und Seife die gröbste Ablagerung von Schmutz und Hautsekretionen, läßt durch Alkohol das Wasser der Oberfläche entziehen. Dann wirkt das Sublimat koagulierend auf das Albumin der pflanzlichen (die Keime) und der tierischen Zellen (Haut). So werden Furchen der Haut geschlossen, in der sich noch lebende Keime bergen. Technik: Reinigung des Wundgebietes mit Jodbenzin 1 : 1000, das Fette löst, vermöge seines spezifischen Gewichtes in kleinste Räume dringt, antiseptisch aber nicht koagulierend wirkt und rasch verdunstet. Nach Abwischen der Oberfläche mehrmaliger Jodtinkturanstrich (3%). Jod in zu starker Konzentration gibt Entzündung und Desquamierung der Haut. Geringe Hyperämie der Haut ist bei Infektionen derselben erwünscht. — Autor fand bei 75% von Fällen, bei denen die alte Methode (1 : 2000 Sublimat) angewandt worden, Wachstum von Bakterien auf Nährböden, bei seiner Methode niemals. *Mohr* (Berlin).

● **Croner, Fr., Lehrbuch der Desinfektion. Für Ärzte, Chemiker, Techniker, Tierärzte und Verwaltungsbeamte.** Leipzig, Klinkhardt. 1913. XII, 534 S. M. 20.—.

Das groß angelegte Lehrbuch hat einen Chemiker zum Verfasser. Durch die gründliche Bearbeitung der umfangreichen Literatur stellt es ein ausgezeichnetes Nachschlagewerk für Ärzte dar. Unberücksichtigt blieb die innere Desinfektion. Die Antiseptica werden nur oberflächlich gestreift. Im ersten rein wissenschaftlichen Teil werden die zur Verfügung stehenden Desinfektionsmittel und Desinfektionsmethoden behandelt. Der zweite Teil enthält die spezielle praktische Ausführung der Desinfektion. Besonders beachtenswert ist das Kapitel 54 über die Desinfektion in der Klinik. Ein Referat der einzelnen Abschnitte ist wegen des großen Umfanges nicht möglich. *Benthin.*

Rubner, Max, Modern steam sterilization. (Moderne Dampfsterilisation.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 18, S. 1344—1348. 1913.

Besprechung modern-hygienischer Bestrebungen, sozial-hygienischer Gesetze mit historischen Rückblicken. Darstellung der Entwicklung der Erkenntnisse epidemischer und infektiöser Erkrankung und deren Bekämpfung, insbesondere der Vernichtung resp. Unschädlichmachung infektiösen Materiales durch überhitzten Dampf. Darstellung des Unterschiedes in der Wirkung zwischen trockener Hitze und nicht ge-

sättigtem, sowie gesättigtem Wasserdampf. Als beste und sicherste und das zu desinfizierende Material in keiner Weise schädigende Methode wird die Desinfektion mit Formaldehyddämpfen empfohlen. Die modernen Apparate ermöglichen eine sichere Desinfektion auch großer Objekte. *Lihotzky* (Wien).

Schütze, A., Über Spät-Ileus nach vaginalen Totalexstirpationen des Uterus. (*Priv.-Frauenklin. v. Dr. A. Schütze, Königsberg i. Pr.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 633—639. 1913.

Schütze betont zunächst seine schon früher geäußerte Ansicht, daß nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus der sofortige exakte Verschluß der Peritonealwunde durch Naht auszuführen sei und daß die Drainage des offengelassenen Cavum Douglasii die verschiedensten Gefahren bringe, besonders Vorfall des Netzes und der Darmschlingen, ascendierende Infektion und Ileus. Trotz sorgfältiger Naht des Peritoneums erlebte er bei 171 vaginalen Hysterektomien 2 Fälle von mechanischem Ileus (1,17 %). Diese beiden Fälle, die beide erst am 18. Tage post operationem wegen Ileus zum zweiten Male operiert wurden, beschreibt er ausführlich:

I. Bei 43jähriger, äußerst anämischer XIII para wird wegen submucösem Uterusmyom die vaginale Totalexstirpation ausgeführt mit Zurücklassung der Ovarien. Leichte Operation. Einnähung der Ligamentstümpfe. Glatte Rekonvaleszenz, am siebenten Tage nach Laxans reichliche Stuhlentleerung. Vom 11. Tage ab Störung der Darmfunktion, in den ersten Tagen ist durch Physostygmin noch Stuhlgang zu erzielen, vom 15. Tage völlige Stuhlverhaltung trotz aller Mittel. Der Meteorismus nimmt zu, statt Darmsteifigkeit. Es wird die Diagnose gestellt: Mechanischer Obturationsileus infolge Fixation und Abknickung einer Dünndarmschlinge an der Peritonealnarbe. Am 18. Tage wird die Laparatomie aus vitaler Indikation ausgeführt. Die Diagnose wird bestätigt, es ist eine spitzwinklig abgeknickte Darmschlinge unter starker Spannung am rechten Winkel der Operationsnarbe adhärent, außerdem besteht beginnende Peritonitis. Stumpfe Lösung der Adhäsion, Kochsalzspülung, Drainage. In der Nacht nach der Operation gehen spontan Flatus ab und die Darmfunktion bleibt normal. — II. Bei 54jähriger Multipara vaginale Totalexstirpation wegen Adenomyometritis corporis. Glatte Operation. Rekonvaleszenz durch Fieber gestört, das durch eitrige Cystitis bedingt scheint. Vom 15. Tage Stuhlbeschwerden und Schmerzen, in den nächsten 3 Tagen kein Stuhlgang zu erzielen und zunehmender Meteorismus. Am 18. Tage ergibt die vaginale und rectale Untersuchung, daß es sich um eine Kompression des Rectums durch einen faustgroßen paraproktitischen Absceß handelt. Vaginale Incision des Abscesses und Entleerung von 100 ccm dickem, stinkendem Eiter. Danach sofortige Besserung und allmählich eintretende normale Darmfunktion.

Es wird auf die Wichtigkeit der vaginalen und rectalen Untersuchung bei bestehendem Ileus hingewiesen. *Ruhemann* (Berlin).

Quiserne, Pierre, A propos de la phlébite dans l'appendicite (étude anatomo-pathologique et pathogénique). (Betrachtungen über Phlebitis bei Appendicitis (eine pathologisch-anatomische und pathogene Studie.) Année méd. Jg. **37**, Nr. 5, S. 221—229. 1913.

Verf. hat Versuche angestellt über die Entstehung der Phlebitis im Anschluß an die Appendicitis. Auf Grund von mikroskopischen und makroskopischen Untersuchungn kommt er zu dem Resultat, daß Personen, die venöse Stauungen haben (Varicen und Hämorrhoiden), besonders zu Phlebitis und Thrombose neigen. Bei erkrankter Venenwand genügt oft das kurze Trauma der Operation (Abklemmung des Appendix, um den Bakterien leicht Eingang zu verschaffen, während eine gesunde Venenwand widerstandsfähiger ist. Er rät daher, Leute mit Erkrankung des Venensystems besonders bei chronischer Appendicitis, durch eine Liegekur vorzubereiten und auch nicht frühzeitig aufstehen zu lassen, um Phlebitis und Thrombose zu verhindern. *Weißwange.*

Dtsch. Ges. f. Gynaekol. **Busse, Röntgendiagnostik postoperativer Erkrankung.** 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Busse bespricht unter Demonstration von Röntgenbildern eine Reihe von typischen Netz- und Darmverwachsungen, die er nach gynaekologischen Operationen beobachtet hat. Sie traten besonders häufig auf nach Operationen von entzündeten Adnexen. Die Therapie bestand in der Durchtrennung der Verwachsungen. Die Patientinnen waren danach beschwerdefrei. Autoreferat.

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Heymann, H., und S. Moos, Erfahrungen über Vaccinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. (*Allerhlg.-Hosp., Breslau.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 623—633. 1913.

Heymann und Moos wendeten das Brucksche Arthigon in 91 Fällen zur Diagnosenstellung, in 59 als Therapie an. Als Diagnosticum (0,5 ccm subcutan) erwies es sich als ganz unzuverlässig: 21 unkomplizierte Gonorrhöen zeigten 13 mal Lokalreaktion, 1 mal Allgemeinreaktion; 45 komplizierte Gonorrhöen (meist Adnexaffektionen) zeigten 32 mal lokale, 7 mal Herdreaktion, 17 mal leichte Temperatursteigerungen. 13 Fälle mit sicher gonorrhoischen, frisch ascendierten Adnexerkrankungen blieben reaktionslos. Dagegen fand sich ausgesprochen positive Reaktion auch bei nicht gonorrhoischen Fällen: 1 Tuberkulose der Adnexe, 2 Appendicitis mit sek. Adnexerkrankung, 1 Tubarabort, 1 Ovarialcarcinom (alle Diagnosen durch Operationsbefund bestätigt). In 59 Fällen wurden Arthigoninjektionen als Therapie angewendet und zwar genau nach Brucks Vorschrift. Schädigung durch die Behandlung trat niemals auf; Lokalreaktion nur selten; öfters Herdreaktion, aber meist erst nach größeren Dosen; am häufigsten Allgemeinerscheinungen. Nur 15 Fälle blieben ohne Fieber; alle anderen hatten Steigerungen von wenigen Zehnteln bis manchmal über 40°; Allgemeinbefinden dabei kaum gestört. Es zeigte sich aber, daß im Gegensatz zu den Angaben Brucks die Fieberreaktion nicht von wesentlicher Bedeutung in Hinsicht auf das Endresultat der Behandlung ist. Die Erfolge waren bei offener Gonorrhoe (Urethral- und Cervixgon.) Erwachsener durchaus negativ; Urethrovaginitis infantum wurde nicht behandelt. Ältere Adnexerkrankungen zeigten kaum Beeinflussung: von 9 Fällen 7 keine, 2 geringe Besserung. Bessere Resultate ergab die Behandlung frisch ascendierter Adnexerkrankungen, nämlich 10% guten Erfolg, so daß klinisch keine Veränderungen mehr nachweisbar waren, 27% nennenswerte Besserung, 41% geringen, aber noch nachweisbaren Einfluß, 20% ohne Erfolg. Die subjektive Besserung war bei 23 Patientinnen gut, bei 14 gering; bei 16 fehlte sie ganz. Am deutlichsten war der Erfolg bei Gelenkkomplikationen, nämlich 2 mal sehr gut, 3 mal gut, 1 mal negativ; auch wurde der Erfolg hier in viel kürzerer Zeit erzielt, als dies durch andere Methoden möglich ist. — Vergleicht man die Resultate der Vaccinebehandlung mit denen der früheren konservativen Methoden, so ergibt sich, daß durch die Anwendung der Vaccine allein keine wesentlich besseren Resultate als früher erzielt werden; etwas besser werden sie, wenn man mit den Arthigoninjektionen heiße Dauerspülungen, Heißluft, usw. kombiniert. *Bischoff* (Düsseldorf).

Haedicke, Georg, Interne Antigonorrhoica und Kavakavin. Allg. med. Zentral-Zeit. Jg. **82**, Nr. 16, S. 190—192 u. Nr. 17, S. 202—203. 1913.

Kavakavin ist ein Gemisch aus Sandelöl, Kawaharz und Hexamethylentetramin. Das Präparat vereinigt in sich die bekannten Eigenschaften seiner Einzelbestandteile. Es entfaltet neben hoher sedativer und analgetischer Wirkung auch eine ischämisierende und sekretionsbeschränkende Fähigkeit; daneben auch desinfizierende und antibakterielle Eigenschaft. *Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Freeman, Floyd M., Treatment of chancroids with cocain. (Schankerbehandlung mit Cocain.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 4, S. 161. 1913.

Die Oberfläche des Geschwürs wird einmal täglich mit warmem, sterilem Wasser gereinigt, abgetrocknet und dann eine Cocaintablette oder Cocainkristalle (0,06—0,1 g) eingerieben. Eine sich sofort einstellende reichliche Exsudation löst die eingeriebene Substanz. Verf. erzielte gute Resultate bei großen Geschwüren der Vulva, ohne Absorptionserscheinungen. *Lamers* (Amsterdam).

Dally, J. F. Halls, The use of tuberculin in diagnosis and treatment. (Die Verwendung des Tuberkulins zur Diagnosenstellung und zur Therapie.) Lancet Bd. **184**, Nr. 18, S. 1228. 1913.

Die Abhandlung befaßt sich ausschließlich mit der technischen Seite des Themas.

Zuerst kommen die Vor- und Nachteile der verschiedenen diagnostischen Tuberkulinreaktionen nach Calmette, von Pirquet, Moro und Koch zur Behandlung; die zweite Hälfte enthält die therapeutische Anwendung des Tuberkulins, hauptsächlich soweit es die Dosierung betrifft. Letztere ist individuell verschieden. *Lamers.*

Black, E. Hamilton, The value of polymorph neutrophile leucocytes in disease; with special reference to vaccine treatment in tuberculosis. (Der Wert der polymorphen neutrophilen Leukocyten bei Erkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Vaccinebehandlung der Tuberkulose.) Journal of clin. res. Bd. **6**, Nr. **2**, S. 39—51. 1913.

Die mehrkernigen Leukocyten sind den einkernigen an phagocytärer Kraft erheblich überlegen. Bei der Vaccinebehandlung erfolgt nicht nur eine einfache Leukocytose, sondern das Blutbild ändert sich auch insofern, als eine prozentuale Vermehrung der mehrkernigen Leukocyten gegenüber den einkernigen eintritt. *Zoeppritz* (Göttingen).

Lubarsch, O., Zur Pathologie der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter. Reichs-Med.-Anz. Jg. **38**, Nr. 9, S. 257—263. 1913.

Um die von verschiedener Seite (Behring, Schloßmann u. a.) vertretene Ansicht, daß die Tuberkulose der Erwachsenen auf eine im frühesten Lebensalter durch die Verdauungsorgane erfolgte Infektion zurückzuführen sei, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu beweisen, verlangt Verf. den Nachweis, 1. daß die Fütterungstuberkulose die häufigste Infektionsart im Säuglings- und Kindesalter ist, 2. daß von der Tuberkulose der Verdauungsorgane aus die Lunge lympho- oder hämatogen häufig erkrankt, 3. daß die tuberkulöse Ansteckung im jugendlichen Alter oft heimlich verläuft, 4. daß tuberkulöse Infektionen im Säuglings- und Kindesalter mindestens ebenso häufig sind, wie im späteren Alter. Auf Grund seiner an einem großen Leichenmaterial gewonnenen Befunde kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß keine der genannten Fragen in positivem Sinne beantwortet werden kann. Somit kann Verf. die Ansicht, daß die Tuberkulose und besonders die Lungenschwindsucht der Erwachsenen in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle auf eine im frühen Kindes- oder Säuglingsalter durch die Nahrung erfolgte Ansteckung zurückzuführen sei, nicht stützen. Bei Vergleichung der Zahlen über die Häufigkeit der Tuberkulose und ihre Neigung zur Ausheilung und Latenz in den verschiedenen Lebensaltern kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß mit zunehmendem Alter die Tuberkulose sehr viel häufiger wird und eine sehr viel geringere Neigung zum Fortschreiten annimmt. *Eisenbach* (Tübingen).

Allgemeines über Geschwülste:

Murphy, James B., Transplantability of tissues to the embryo of foreign species. Its bearing on questions of tissue specificity and tumor immunity. (Transplantationsmöglichkeit von embryonalen Geweben einer fremden Spezies. Ihre Beziehung zur Frage der Spezifität von Geweben und der Immunität von Tumoren.) (*Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Journal of exp. med. Bd. **17**, Nr. 4, S. 482—493. 1913.

Das Jensensche Rattensarkom kann, auf Hühnerembryos überimpft, richtige Tumoren gleicher Struktur erzeugen und auf andere Embryonen von Hühnern weitergeimpft bis 46 Tage existieren. Der biologische Charakter des Sarkoms bleibt erhalten. Rückimpfung auf Ratten ergibt die gleichen Tumoren. Überimpfung auf ausgewachsene Hühner gelingt nur auf 3 Tage.— Gleich dem Sarkom erweisen sich in der Transplantabilität embryonale Hühner-, Mäuse- und Rattenzellen, das Ehrlichsche Sarkom und Chondrom der Maus, das Mammacarcinom der Maus, das Flexner-Jobilingsche Adenocarcinom der Ratte und menschliches Sarkom. *Mohr.*

Halpern, J., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittelst Komplementablenkungsreaktion. (*Inst. f. exp. Krebsforsch., Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 17, S. 914—915. 1913.

Verf. hat 300 Fälle verschiedenster Provenienz mit der v. Dungernschen Methode untersucht. Unter 177 Fällen mit sichergestellter Diagnose 79 Carcinome mit 89,8% positiver Reaktion. Bei den 8 negativen waren mehrfach solche mit ausgedehnten Metastasen. Von 56 nicht Tumorkranken reagierten negativ 92,8%. Die 4 positiven

dieser Gruppe betrafen 2 Fälle mit Verdacht auf Carcinom, in denen bei der Probelaparotomie kein Tumor gefunden wurde, eine Cholelithiasis und einen Fall mit Thyreoidismus. Was die nicht carcinomatösen Tumoren betrifft, reagierten 6 Epitheliome positiv, von 6 Sarkomen 4, von 5 Lymphosarkomen 3 positiv. Allerdings gaben auch 2 Myome und 1 Osteom positive Reaktion. — Von 2 malignen Lymphomen reagierte das eine positiv, das andere negativ. Bemerkenswert ist die positive Reaktion bei einem gesunden Manne, dessen Mutter an Carcinoma mammae litt, und einer gesunden Frau, deren Mutter maligne Lymphome hatte. Disposition — präcanceröses Stadium? *v. Graff.*

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

McCann, Frederick J., Progress of the study of diseases of women during 1912. (Fortschritte auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten während 1912.) Practitioner Bd. **90**, Nr. **3**, S. **598—606**. 1913.

Kurze Replik über den VII. Internationalen Gynaekologenkongreß. *Wiemer.*

Schwartz, Anselme, La gynécologie en 1913. (Die Gynaekologie im Jahre 1913.) Paris méd. Nr. 22, S. 517—523. 1913.

Kurze Übersicht über neuere wichtige gynaekologische Fälle. Vulva und Vagina: Die Inauguraldissertation von Basset behandelt die genaue Technik der Exstirpation von Krebs der Clitoris. Basset hat außerdem anatomisch den Verlauf der Lymphbahnen von der Clitoris aus genau untersucht. Zur Herstellung einer künstlichen Vagina wurde von Baldwin, Mori und Müller eine Dünndarmschlinge benutzt, Pozzi transplantierte Schleimhaut oder Hautstücke, Dreyfuß (Saloniki) verwandte einen Bruchsack, Popoff und Amann ein Rektumstück. Farland (Amerika) hat ein Sarkom der Vagina operiert, indem er Vagina, Uterus und Adnexe in einem Block auslöste. Uterus: Noch keine absolute Einigung ist erreicht über die Wahl der vaginalen oder abdominellen Operation bei Ca. der Portio, sowie über die Frage, ob ein Ca. portionis noch operabel ist oder nicht. Hier ist die Cystoskopie sehr wichtig, stärkere Affektion der Blase ist unbedingte Kontraindikation zur Totalexstirpation, oft wird es zu einer Probelaparotomie kommen. Die meisten Operateure sind für die abdominelle Operation. Besprechung der Folgeerscheinungen, welche Myome auf die Blase ausüben. Selten ist die Adenomatosis mucosae uteri, ihre beiden Hauptsymptome sind starke Blutung, die jeder Behandlung unzugänglich ist, und Vergrößerung des Uterus. Die einzige Behandlung ist die Hysterektomie. Fitz-Gérald hat über einen seltenen Fall von Adenocystoma malignum colli berichtet mit Infiltration der vorderen Rectumwand. Selten sind auch Uteruscysten, Cuzzi beobachtete einen solchen Fall im Uteruscavum, Hiles in der Uteruswand. Mocquot und Herrenschmidt haben einen seltenen Fall von Sarkom der Cervixschleimhaut veröffentlicht, Vertès, Zacker und Malinowsky Fälle von polypoidem Sarkom des Collums. Tuben: 1 Fall von Stieldrehung der Tube mit folgender Hämatosalpinx und Hämatocele ohne Gravidität. Launay hat einen Fall von doppelseitiger Tubargravidität mit Zwillingen auf der einen Seite beobachtet. Von Geschwülsten der Tuben bringt Auvray Fibro- und Adenomyome, Leigthon ein Lymphangiom, Jeannet und Bazy ein Deciduoma malignum nach Tubargravidität. Ovarien: Berichte über Fälle von Ovarialtumoren und Implantation von Ovarien, sowie über Genitaltuberkulose. Zum Schluß wird ein Fall von Hypernephrom des Lig. latum und einer von Chorionepithelioma malignum ebenfalls des Lig. latum erwähnt. *Bretz* (Bonn).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Audry, Ch., Sur les dyspareunies vulvo-vaginales (le faux et le vrai vaginisme.) (Über vulvo-vaginale Dyspareunien [falscher und wahrer Vaginismus].) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. **18**, S. **191—192**. 1913.

Statt der viel zu allgemein gebrauchten Bezeichnung: Vaginismus für die mit Schmerzen einhergehenden Krampfzustände des Introitus vaginae beim sexuellen Verkehr, schlägt Verf. den von Barnes eingeführten Ausdruck Dyspareunie vor, der dann durch Hinzufügung der die Ätiologie näher bezeichnenden Beiwörter eine genauere Spezialisierung erfahren könnte, als es bei der bisher gebräuchlichen zu allgemeinen Bezeichnung Vaginismus möglich war. Denn wie Verf. eingehend ausführt, müssen wir nach Pathogenese, Prognose und Therapie streng die Dyspareunien infolge einer schmerzhaften Vulvitis unterscheiden von den unabhängig von einer Entzündung infolge „essentieller" Schmerzzustände der Vulva bedingten Dyspareunien. Dabei ist in der ersten Gruppe nicht die Gonorrhoe Ursache — eine Vulvitis gonorrhoica bei der

Erwachsenen leugnet Verf. überhaupt — sondern immer handelt es sich um traumatische Vulvitis: Deflorationsvulvitis der Jungverheirateten, deren Prognose meist immer gut ist, da der Reflexkrampf lokal-vulvär bedingt ist und mit Abklingen der entzündlichen Erscheinungen meist von selbst in einigen Tagen bis Wochen abklingt. Nur in sehr seltenen Fällen und unter besonderen Umständen kann er zu dem Krankheitsbilde des eigentlichen Vaginismus hinüberführen, während es im allgemeinen für diese zweite Gruppe der „essentiellen" mit Dyspareunie einhergehenden Schmerzzustände, zu denen Verf. die vulväre Neuralgie und den eigentlichen Vaginismus rechnet, charakteristisch ist, daß die entzündlichen Erscheinungen an der Vulva ganz fehlen oder wenigstens vollkommen zurücktreten. Daher unterscheidet sich die vulväre Neuralgie scharf von dem Vaginismus dadurch, daß hier der Schmerz auch außerhalb jeder Cohabitationsversuche andauert und der Reflexkrampf als vulvär bedingter bei jedem Kontakt nicht nur durch die Immissio penis hervorgerufen wird, andererseits als lokal bedingter Reflex auch durch lokale Anästhesie temporär zu beseitigen ist. Im Gegensatz ist hierzu der Schmerz beim Vaginismus als einer reinen Neurose stets provoziert, während außerhalb der Cohabilationsversuche keine Hyperästhesie besteht, auch abgesehen von der ärztlichen Untersuchung oder Annäherungen, die einen Rapport mit dem sexuellen Akt hervorbringen können, beim direkten Kontakt, z. B. Dilatieren der Vulva durch Waschungen usw. der Kranken selbst, kein Krampf entsteht, während jeder Versuch der Cohabitation, auch ohne daß es zur Immissio penis kommt, ihn entstehen läßt. Entsprechend der Pathogenese dieser 3 verschiedenen Dyspareunien muß auch ihre Behandlung im ersten lokal, im zweiten entsprechend den sonst bei Neuralgien üblichen, im dritten ausschließlich psychisch sein, wobei Verf. es aber für falsch hält, im letzten Falle von der Patientin eine Überwindung ihrer Neurose zu fordern. Da Hauptprinzip sein muß, die Aufmerksamkeit der Patientin von ihrem Leiden abzulenken, so ist, abgesehen von abnormer Rigidität des Hymens, jede lokale (Dilatationen usw.) und chirurgische Behandlung kontraindiziert und nur durch psychische Beeinflussung: Hinweis auf Mutterschaft usw. eine Heilung zu erzielen. *Vaßmer.*

Fönss, Aage L., Der Vaginismus. (*St. Lukasstift.*) Nord. med. Ark., Kirurgi Bd. **45**, H. 4, Nr. 9. 1912 (1913).

Indem der Verf. dann Vaginismus annimmt, wenn die Hyperästhesie der Vulva so stark ist, daß beim Coitus Reflexkrämpfe ausgelöst werden, schließt er sich bezüglich der Entstehung Eulenburg an, der das Leiden am häufigsten auf ungeschickte erste Kohabitationsversuche zurückführt; erst weiterhin kommen lokale Entzündungen, Masturbation und Trauma in Frage. Nach eingehender Erörterung über Geschlechts- und Fortpflanzungstrieb bei Mann und Weib kommt er zu dem Ergebnis, daß in vielen Fällen die Entstehung des Vaginismus darin zu suchen ist, daß der Mann es nicht versteht, die Libido der Frau zu erwecken; Hysterie bei der Frau ist eine seltene Ursache, dagegen spielt die neurasthenische Impotenz des Mannes eine große Rolle. Unter 46 Fällen von Vaginismus fanden sich 12 mit allgemeiner Nervosität; von 30 Kranken, bei denen das Ergebnis der Behandlung bekannt war, war bei 9 das Hymen erhalten, 2 mal carnös; 5 mal lag unvollständige, 14 mal vollständige Defloration vor; bei den 16 übrigen Patientinnen war 6 mal das Hymen erhalten, 2 mal bestand unvollständige, 7 mal vollständige Defloration. Nach kurzer Erwähnung der üblichen Therapie: Cocainsalbe, manuelle und instrumentelle Dilatation mit Excision des Hymens schildert Verf. die dort übliche Methode: Dilatation in Narkose bis zur Einführung von 4 Fingern; 8 Tage Bettruhe; erneute manuelle Dehnung, bis 2 Finger schmerzlos eingeführt werden können. Von 30 so behandelten Kranken wurden 18 gravid. *Rittershaus* (Koburg).

Marshall, G. Balfour, Artificial vagina. A review of the various operative procedures for correcting atresia vaginae. (Die künstliche Vagina. Übersicht über die verschiedenen Operationsmethoden bei Atresia vaginae.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. empire Bd. **23**, Nr. **4**, S. 193—212. 1913.

Verf. teilt die Fälle von Atresia vaginae in zwei Gruppen ein je nachdem sie von

einem funktionierendem Uterus begleitet sind oder nicht. Bei der ersten Gruppe geben die durch die Stauung des Menstrualblutes verursachten Beschwerden eine strikte Indikation zu einem operativen Eingriffe ab. Bei der zweiten ist es Ansichtssache des betreffenden Operateurs, wobei nicht nur ärztliche (Möglichkeit des Vorkommens von Pseudohermaphroditismus und Kryptorchismus) sondern unter Umständen auch ethische Überlegungen bei der Indikationsstellung maßgebend sein können. Verf. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden zur Behebung der Atresia vaginae, die seit dem Jahre 1761 vorgeschlagen und ausgeführt wurden. Bei Vorhandensein eines genügenden Vaginalrudimentes gibt die abdominovaginale Operation nach Pfannenstiel ausgezeichnete Resultate. Bei fehlendem Uterus nehmen die Methoden nach Baldwin und Mori (Benützung eines Dünndarmsegmentes zur Bildung einer coitionalen Vagina) die erste Stelle ein. *Hall* (Graz).

Aichel, Otto, Über die Herkunft der Keime bei Colpitis emphysematosa. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 19, S. 681—682. 1913.

Verf. glaubt, daß die Mikroorganismen bei der Colpitis emphysematosa von der Oberfläche der Vagina aus durch das Epithel in die Tiefe eindringen. Hierbei gelangen sie in Lymphbahnen und rufen in diesen zunächst eine Entzündung hervor. Dann erst tritt von den Lymphbahnen ausgehend, die Cystenbildung auf. *Jaeger* (Leipzig).

Feuchtwanger, J., Vaginalcarcinom. (Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M., Sitzg. v. 7. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 19, S. 1062. 1913.

48jährige Frau, seit 7 Jahren in der Menopause. Primäres Vaginalcarcinom auf vaginalem Wege entfernt. Das infiltrierende Carcinom hat den weitaus größten Teil der Scheide ergriffen. Zwei Knoten treten besonders hervor, je an der Hinter- und der Vorderwand sitzend. Der vordere Knoten war mit der Blase verwachsen und ließ sich nur schwer, aber ohne Verletzung der Blase lösen. Die Wunde wurde versorgt, indem das vordere Peritoneum an die Schnittwand der Vagina direkt hinter dem Orific. urethrae an-, das hintere Peritoneum sodann auf das vordere aufgenäht und die übrige Wundhöhle tamponiert wurde. Die Prognose des Vaginalcarcinoms ist eine sehr schlechte. *Runge* (Berlin).

Uterus:

Bouin, P., et P. Ancel, Sur les cellules du myométrium qui prennent le carmin des injections physiologiques. (Über die Zellen des Myometriums, welche das Carmin bei intravitaler Injektion aufnehmen.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74**, Nr. 13, S. 728—729. 1913.

Polemische Diskussion. *Albrecht* (München).

Sudakoff, J. W., Die Blutgefäße des Uterus in Menopause. (*Hosp. Michailoff, Petersburg.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **28**, H. 4, S. 589—601. 1913. (Russisch.)

Sudakoff untersuchte 15 Uteri von Frauen im Alter zwischen 46 und 82 Jahren, die mindestens 1 Jahr im Klimakterium waren und die an Krankheiten gestorben sind, die in keiner direkten Beziehung zu der Geschlechtssphäre standen. Es fällt die ziemliche Erweiterung des Gefäßlumens auf, die um so größer ist, je älter die Frau. Das ist auf den allmählichen Schwund der Muskelelemente zurückzuführen. Von den letzteren bleiben nur einzelne Fasern, die verschwundenen werden durch elastische und Bindegewebsfasern ersetzt. Außer der Ringmuskulatur findet man längsverlaufende Fasern, die als „polsterartige Erhebungen" (nach Bucura) das Lumen der Gefäße verdrängen und zum Verschluß derselben beitragen. Intima und Endothel meistens gut erhalten. Kalkablagerung in der Gefäßwand relativ selten. Autor ist mit anderen der Ansicht, daß die Sklerose der Gebärmuttergefäße nicht von der allgemeinen Sklerose abhängig ist, vielmehr von der Schwangerschaft und ihren Folgen. Die Gefäße sieht man oft so zueinander gelagert, als wäre eins in das Lumen des anderen eingeschoben. Goodal erklärt dieses Phänomen so, daß in der Gebärmutter nach der Geburt in den alten Gefäßen sich neue bilden. In einer jungen Gebärmutter kann die alte Gefäßwand ganz schwinden, und es bleibt nur das neue Gefäß übrig. Bei älteren Frauen vollzieht sich die Degeneration der alten Gefäßwand nur teilweise bei gleichzeitiger Bildung einer neuen. *Ginsburg* (Breslau).

Sehrt, E., Zur thyreogenen Ätiologie der hämorrhagischen Metropathien. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 18, S. 961 bis 964. 1913.

Sehrt stellte Untersuchungen bei 20 unkomplizierten reinen Fällen von Metropathie an und fand in 13 von diesen eine hochgradige Lymphocytose (50% gegen 20—24% der Norm) und eine relative neutrophile Leukopenie (45—68% gegen 75% normal). Ein Fall, der die Lymphocytose vermissen ließ, zeigte hochgradige Eosinophilie (10,2%). Der Gerinnungseintritt war in 19 Fällen beschleunigt (8—4 Minuten gegen 9—10 Minuten normal). Aus der Analogie des Blutbefundes mit dem bei Dysfunktion der Schilddrüse zieht er den Schluß, daß „zum mindesten die Annahme nahe liege, daß die Störungen der Beziehungen zwischen Schilddrüse und Ovarium vielleicht der Grund für die anatomisch bis jetzt unerklärten Blutungen sind, daß es sich bei manchen Fällen von Metropathie haemorrhagica um abortive Formen des Myxödems handelt". Aus einem gewissen Parallelismus der Erscheinungen bei Schwangerschaftstetanie und -eklampsie, und dem Fehlen eines positiven anatomischen Substrates, das eine Grenze zwischen beiden Zuständen zu ziehen gestattet, kommt S. zu der Forderung, auch bei der Eklampsie auf Veränderungen des Blutbildes zu achten. Die histologischen Befunde Hofmeisters, der nach Schilddrüsenexstirpation degenerative Veränderungen an den Nieren beobachtete, die Kombination von Myxödem und Eklampsie (Herrgott, Frühinsholz, Jeandelize), die beschleunigte Gerinnbarkeit des Blutes bei Eklampsie (Jarzew) lassen an einen Zusammenhang zwischen Hypofunktion der Schilddrüse und Auftreten der Eklampsie denken. Gestützt wird diese Annahme durch eine eigene Beobachtung S.s. Es handelte sich dabei um eine Patientin, die seit einer vor 3 Jahren durchgemachten Entbindung an schweren Blutungen litt und das charakteristische Blutbild der unterfunktionierenden Schilddrüse aufwies. Bei der spontanen Geburt hatte sie eine 4tägige Eklampsie durchgemacht. *Köhler* (Wien).

Mundy, W. N., Menorrhagia. (Menorrhagien.) (Ohio State eclect. med. assoc., meet. 14.—16. V. 1912, Columbus.) Eclect. med. journal Bd. **73,** Nr. 1, S. 28 bis 29. 1913.

Mundy rekapituliert in diesem Vortrage die bekannte Einteilung der Gebärmutterblutungen und bespricht deren gangbare Behandlung. Eine wirklich funktionelle Menorrhagie sei außerordentlich selten und stets nicht eine Erkrankung für sich, sondern nur ein Symptom verschiedener anderer Erkrankungen. Der Aufsatz bietet nichts Neues. *Hofstätter* (Wien).

McDonald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 4. The treatment of fibroid tumors, with report of 700 cases. (Behandlung der Myome unter Heranziehung von 700 Fällen.) Americ. med. Bd. **19,** Nr. 3, S. 161—163. 1913.

An der Hand von 5 Tabellen stellt Verf. die von ihm berichteten 700 Myomfälle prozentual nach der Art der Geschwulst, nach maligner und anderer Degeneration, nach Komplikationen, nach dem Alter der Patientinnen und endlich nach den Beziehungen des Alters zu Degenerationen zusammen und kommt beim Vergleich der Zahlen zu folgendem Ergebnis: 1. Die Menopause heilt kein Myom, im Gegenteil zunehmendes Alter bringt zunehmende Gefahr. 2. Die Gefahr der malignen Degeneration vor dem 40. Lebensjahr ist nur gering, nach dem 40. Jahr aber wächst sie auch von Jahr zu Jahr. 3. Die Gefahren maligner oder anderer Degeneration gebieten ein frühzeitiges Entfernen der Geschwulst, sobald ärztliche Hilfe ihretwegen nachgesucht wird. Kleine, nicht komplizierte Myome bei jungen Frauen bedürfen keiner frühzeitigen Behandlung. 4. Alle Myome sollen auf Malignität sorgfältig pathologisch untersucht werden, ganz besonders die nekrotischen, cystischen und nekrotisch-cystischen, da sie besonders zur malignen Degeneration neigen. 5. Da bei einem hohen Prozentsatz von Myomen auch Entzündung der Tuben und der Appendix gefunden wurde, sollen letztere bei jeder Myomoperation genau mit angesehen und entfernt werden, wenn sie erkrankt sind *Lohfeldt* (Hamburg).

Schauta, F., Über moderne Myombehandlung. Mitteilg. d. Ges. f. d. ges. Therap. Jg. 1, H. 3, S. 3—13. 1913.

Verf. gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung der Myomtherapie. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt er zu dem Resumé, daß die Behandlung der Wahl auch für die Folge noch die Operation wegen der Gefahr der malignen Degeneration der Myome sei; nur bei dauernder Kontraindikation gegen die Operation komme die Röntgenbehandlung in Frage. Was die Erfahrungen Schautas bei seiner Röntgenbehandlung (Bestrahlung nach Albers-Schönberg) betrifft, so wurde in manchen Fällen, besonders bei alten Frauen, eine Verminderung der Blutungen, niemals aber ein vollständiges Aufhören derselben beobachtet, außer bei einer ganz alten Frau. Niemals wurde auch eine sichere Verkleinerung eines Myomes beobachtet, in einem Falle sogar weiteres Wachstum. *Lembcke* (Freiburg i. Br).

Bassal et Clermont, Un cas d'épithéliome ectoplacentaire au début. (Ein Fall von beginnendem Ectoplacentarepithelioma.) Arch. gén. de chirurg. Jg. 7, Nr. 4, S. 427—434. 1913.

Während der ersten (hauptsächlich 3—6) Monate der Schwangerschaft kommt es vor, daß Plasmodiumsmassen von den Zotten des Chorions sich ablösen und in den Muskel oder in die Gefäße des Uterus eindringen. In pathologischen Zuständen können diese Elemente degenerieren und maligne Geschwülste bilden. Diese Geschwülste heißen maligne Deciduome, Chorionepitheliome, Ektoplacentarepitheliome usw. Am häufigsten kommen sie nach einer Traubenmole vor. In anderen Fällen, besonders nach Aborten, können zurückgelassene Placentarfragmente degenerieren und sich in bösartige Geschwülste umwandeln. Wenn die Degeneration myxomatös ist, so nähert sich der Tumor der Traubenmole. Der hier erwähnte Fall ist eine Neubildung, die sich nach einem Abort aus abgelösten Placentarstücken bildete. Wegen starken Hämorrhagien wurde im Februar 1911 eine totale Hysterektomie vorgenommen. Die im Uterus gefundene Geschwulst war ein Rest der Placenta. Die Decidua und die Zotten waren fast überall ganz normal. Doch wurden einige Langhanssche Zellen und Plasmodiumsmassen in den Gefäßen gefunden. Verf. meint, daß diese Bildungen der Anfang eines Chorionepithelioms waren. Patientin wurde geheilt und kein Rezidiv nach 2 Jahren beobachtet. *Chapuis* (Genf).

Eichhorn, Fritz, Ein Fall von heterotopem Chorionepitheliom in Gehirn und Lungen. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13, H. 1, S. 42—62. 1913.

Beschreibung eines Falles von Chorionepitheliommetastasen in Gehirn und Lungen, der einen Primärtumor im Genitaltrakt vermissen ließ. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht Sarkome angioplastique, Endotheliom und Carcinom. Für Chorionepitheliom spricht die Bildung hämorrhagischer Herde und die Neigung zur Bildung von streifenförmigen Fibrinmassen, die als spezifische Wirkung der Chorionzotten bekannt ist, und das Auftreten der Geschwulst im Anschlusse an einen Partus. Das Auftreten der Geschwulst in Lunge und Gehirn, ohne Ansiedlung im Uterus erklärt E. durch Verschleppung placentarer Elemente direkt in die Lungen und sekundär von hier aus in das Gehirn, so daß gewissermaßen der Hirntumor als Metastase der Lungengeschwulst aufzufassen ist. Bezüglich der Herkunft des Syncytium, fötal oder mütterlich, steht E. auf dem Standpunkt des fötalen Ursprunges und zieht ihn auch zur Klärung des Verschleppungsmodus des heteropen Chorionepithelioms, im Gegensatz zur Metastasenbildung bei anderen Tumoren, beispielsweise Carcinom heran, das aus Uteruszellen entstanden, primär an Ort und Stelle wuchern muß, ehe es metastatisch in andere Organe gelangen kann, während für das Chorionepitheliom, bei seiner fötalen Herkunft, der Uterus ebenso fremd wie jedes andere Organ, wenn auch am nächsten gelegen ist. *Köhler* (Wien).

Norris, Richard C., Surgical treatment of complete prolapse of the uterus. (Chirurgische Behandlung des Totalprolapses des Uterus.) (Med. soc. Pennsylvania, Scranton sess., sect. on surg., 25. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. 16, Nr. 4, S. 300—306. 1913.

Der totale Uterusprolaps ist eine Hernie, und die richtige chirurgische Behandlung ist dieselbe wie Radikaloperation einer Hernie. Nach Norris hat sich folgendes Verfahren bewährt.

1. Trennung der Blase vom Uterus bis zur Umschlagsfalte und Loslösung von der vorderen Vaginalwand. 2. Amputation der Cervix in Höhe des inneren Muttermundes. 3. Abrasio. 4. Befestigung der Blase hoch am Uterus. 5. Vernähung der Basis der Lig. lat. vorn an der Cervix. 6. In einigen Fällen Durchtrennung der Lig. sacrout. und Befestigung an der Vorderfläche der Cervix. 7. Vereinigung der seitlichen Züge der Beckenfascie im vorderen Scheidengewölbe, darauf vordere Colporrhaphie. 8. Wiederherstellung des Beckenbodens durch Interposition des Levator ani und Fascie zwischen Uterus und Rectum. Nach dieser Methode Operierte müssen 4 Wochen das Bett hüten. *Wiemer* (Herne).

Lothrop, Howard A., An operation for the cure of vaginal hernia. (Eine Operationsmethode zur Behandlung der Hernia vaginalis.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168,** Nr. 16, S. 578—580. 1913.

Die Erkrankung machte den Eindruck einer Rectocele. Erst die Untersuchung per rectum zeigte, daß die Rectalwandung nicht beteiligt war. Wegen verschiedener vergeblicher Operationsversuche entschloß sich Lothrop zu folgendem Verfahren.

In Beckenhochlagerung Laparotomie. Durchtrennung der Lig. lat. hart am Uterus. Entfernung der vorderen Hälfte des Uterus und zwar so, daß an dem entfernten Stück sich die gesamte Schleimhaut befand. Dann Durchtrennung des Beckenperitoneums in Höhe der Cervix und vorsichtige Ablösung vom Bruchsack. Hierauf wurden die Ligam. lata quer über das Becken gespannt und der Uterusrest darüber befestigt, indem die beiden Hörner zu beiden Seiten des Rectum mit der Beckenfascie vernäht wurden. Das Ganze wurde dann mit Peritoneum bedeckt. Nach Schluß der Bauchwunde Verkleinerung des Bruchsackes nach Art der hinteren Kolporrhaphie mit Vernähung der Levatorenschenkel. Das Resultat war 3 Monate nach der Operation noch gut. *Wiemer* (Herne).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Tarnowsky, George de, Tubal reimplantation. A new conservative operation for sterilization of women. (Reimplantation der Tuben. Eine neue konservative Operation zur Sterilisation der Frau.) Journal of the Americ. med assoc. Bd. **60,** Nr. 16, S. 1221—1223. 1913.

Verf. beschreibt eine Operationsmethode, die er viermal ausgeführt hat. Er amputiert beide Tuben ein Stückchen vom Uterus entfernt, invaginiert und schließt das Lumen mit 2 Catgutnähten. Die Tuben werden erhalten und an der Hinterfläche des Uterus so fixiert, daß das Lumen durchgängig bleibt. Zu diesem Zweck macht er zwei parallele vertikale Incisionen in die Hinterwand des Uterus, gräbt mit einer Sonde oder Zange zwei horizontale parallele Gänge, zieht die abgeschnittenen Tubenenden hindurch und fixiert die nun parallel nebeneinander liegenden, mit dem Lumen frei mündenden Tuben mit feinen Nähten. Bei Mehrgebärenden ist die Operation vaginal oder abdominal auszuführen, bei Nulliparis der abdominale Weg vorzuziehen. Die Wegsamkeit der Tuben verhindert die Bildung eines Hydrosalpinx. Ferner ist es möglich, im Bedarfsfalle eine Rekonstruktion der Tuben vorzunehmen, dadurch, daß die invaginierten Stümpfe und die Tuben aus dem artifiziellen Kanal befreit und beide Enden durch Naht vereinigt werden. *Schäfer* (Berlin).

Chapple, Harold, The treatment of pelvic inflammation. (Die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Beckenorgane.) Guy's hosp. gaz. Bd. **27,** Nr. 649, S. 194—197. 1913.

Ausgehend von der fast allgemein angenommenen Tatsache, daß eine vermehrte Blutzufuhr zu einem entzündlichen Herd auch einen vermehrten Übergang von Toxinen in die allgemeine Blutbahn auslöst und so, auch ohne Isolierung des infizierenden Keimes eine „Autoinokulation" hervorgerufen werden kann, hat Verf. Fälle von entzündlicher Erkrankung der Beckenorgane mit lokaler Erhitzung des Beckens behandelt. Als Hitzquellen dienten elektrische Lampen im Heißluftapparat, während die Schenkel und die oberen Bauchpartien durch Asbestplatten geschützt waren, der übrige Körper aber, um eine zu große Erhitzung zu verhüten, unbedeckt oder nur leicht bedeckt gelassen wurde. Da trotz einer Temperatur bis 180° F im Heißluftkasten die vaginale Messung hier kein korrespondierendes Ansteigen der Temperatur ergab, wurde die Scheide während der Prozedur durch ein Fergussonspeculum ent-

faltet gehalten und jetzt stieg bei 180—190° F Kastentemperatur die vaginale auf 120°, direkt im Vaginalgewölbe, in Kontakt mit der Mucosa auf 103°, während die Mundtemperatur 99° betrug. Verf. begann mit 140° für 15—20 Minuten, falls keine Depressionszustände mit allgemeinem Unwohlsein auftraten, täglich, sonst alle 2 bis 3 Tage, steigend bis 180—190° F für $^1/_2$ Stunde und länger. Wie Verf. in der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte je eines Falles von chronischer und akuter Entzündung mit palpablen doppelseitigen Tubentumoren zeigt, schwanden in 6wöchiger Behandlung rasch Schmerzen und Temperatursteigerung, die orangegroßen Adnextumoren waren sehr verkleinert und durch fibröses Gewebe ersetzt, wobei zugleich die vom Uterus ausgehenden Symptome, Schmerzen und Fluor, geschwunden waren. Nachuntersuchung ergab in beiden Fällen einen Dauererfolg. *Vaßmer.*

Bauchorgane:

Kirchner, Walter C. G., Properitoneal hernia. (Properitoneale Hernie.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 4, S. 690—696. 1913.

Kirchner bezeichnet als properitoneale Hernie die Art von interparietaler Hernie, bei welcher der Bruchsack unmittelbar außerhalb des Bauchfells liegt, die also fast immer intraabdominellen Charakter zeigt. Nach einigen Vorbemerkungen über die meist biloculäre Form (selten einfach monoloculär), — die aber nicht zwingen sollte, von Hernia bilokularis zu sprechen, da die Benennung nach der anatomischen Lage festgehalten werden müsse —, Beschreibung zweier eigener Beobachtungen, einer eingeklemmten monoloculären und, wie häufig, nicht vorher erkannten properitonealen Hernie mit gangränösem Darm, Exitus; einer zweiten mit bilokulärer Anlage mit 2 Höhlen, die, wie gewöhnlich, beide ihre getrennten vollständigen Hüllen und einen gemeinsamen Verbindungsgang zum Abdomen haben, von denen die innere echt properitoneal war, die äußere zu der selteneren Bildung einer Schenkelhernie geführt hatte. In beiden Räumen war Netz adhärent. Man hatte anfangs nur den Schenkelbruch operiert und sich gewundert, daß trotz Netzlösung der Bruchinhalt nicht zurückschlüpfte, so daß man hoch abbinden mußte. K. fand properitoneale Hernien in 0,4% (2 auf 500 Hernien). Nach einigen historisch-literarischen Angaben Bemerkungen zur Erklärung, vornehmlich ein Hinweis auf meistens kongenitale Taschen, Einsenkungen von der inneren Bauchwand aus, bisweilen im Verlaufe einer obliterierten Arterie. An die einfachen Formen schließen sich die inguino-properitonealen häufiger als die cruro-properitonealen an. Männer sind bevorzugt. Symptome fehlen oder man fühlt einen kleinen Buckel oder die Erscheinungen einer akuten oder subakuten Darmeinklemmung. Für die Diagnose, die bisweilen klinisch nicht möglich sein kann, besonderer Hinweis auf den ätiologisch sehr wichtigen und hier oft beobachteten Mangel im Descensus testiculi. Man denke bei unklarem Ileus immer an solche Hernien, bei gewöhnlichen, schlecht reponibelen immer an solche mit multi- bzw. nur bilokulärer Form. Therapie rein chirurgisch, am besten Laparotomie. *Hesse.*

Meredith, E. W., The treatment of inguinal hernia in children. (Die Behandlung von Leistenhernien bei Kindern.) (Med. soc. Pennsylvania, Scranton sess., sect. of surg. 24. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 5, S. 371 bis 376. 1913.

Verf. beschreibt die Entstehung der Leistenhernien und zieht die operative Behandlung der Behandlung mit Bruchband vor. Er kommt zu dem Schluß, daß ein mehr oder weniger offener Leistenring der wichtigste Faktor in der Ätiologie der Leistenbrüche bei Kindern ist. Der Verschluß des Leistenringes durch eine Ligatur ahmt am besten die normale Obliteration nach und sollte so früh wie möglich gemacht werden, besonders aber, wenn das geringste Trauma Beschwerden verursacht. Bruchbänder können nie eine Obliteration herbeiführen und sollten selten angewendet werden, besonders da die Resultate der Operation sowohl die sofortigen, als auch die späteren

günstig sind. In der Diskussion des Vortrags sprachen sich verschiedene Chirurgen gegen die frühzeitige Operation aus, da sie doch gewisse Gefahr mit sich bringen könne und das Bruchband unter Umständen bei richtiger Behandlung und Beobachtung genügend gute Resultate ergibt. *Weißwange* (Dresden).

Jackson, T. T., Some of the medico-legal aspects of inguinal hernia. (Einiges über die gewöhnlichen Ansichten über die Inguinalhernie). Texas State journal of med. Bd. 8, Nr. 12, S. 330—332. 1913.

Jackson rät in jedem Alter zur Operation der Hernie. Die Operation ist lebenssicher; sie garantiert dauernde Heilung. Ihre Mortalität ist auf Null gesunken. Zur Narkose empfiehlt sich die Lumbalanästhesie. Die große Mehrzahl der Hernien tritt akut auf. J. stützt sich auf eigene Erfahrungen und dann noch auf Mumford, Fergusson und Judd. Er wünscht die falsche Vorstellung auszurotten, wonach ein Mann mit einer Inguinalhernie vollständig und dauernd erwerbsunfähig sein soll. *Vogt* (Dresden).

Hay, S. M., General septic peritonitis. (Allgemeine septische Peritonitis.) Canada lancet Bd. 46, Nr. 6, S. 435—439. 1913.

Hay empfiehlt folgende Methode: 1. Möglichst frühzeitige Operation; 2. Ausschaltung des Infektionsherdes auf die einfachste und schonendste Weise. 3. Auswischen und Entfernen der sich im kleinen Becken angesammelten Massen; 4. Drainage des kleinen Beckens nach der Vagina durch Gummidrain und Gaze; 5. Lagerung des Patienten nach Fowler, erst nach 2—3 Stunden Horizontallage; 6. Nach der Operation Eingießen großer Mengen von physiologischer Kochsalzlösung ins Rectum; 7. 12—24 Stunden nach der Operation hohe Einläufe, bestehend aus Ol. terebinth. 30,0, Glycerin 30,0, Saturatio magn. sulph. 30,0, Aqua 360,0 Ds. angewärmt zu geben. *Wiemer.*

Perimoff, W. A., Zur Frage der ständigen subcutanen Drainage bei Ascites. (*Städt. Krankenh., Kasan.*) Kasaner med. Journal Bd. 23, H. 1, S. 59—62. 1913. (Russisch.)

Beschreibung zweier Fälle von starkem Ascites bei Lebercirrhose. Patientinnen 23 und 17 Jahre alt. Stark vergrößerter Leibumfang, Brustorgane verdrängt, Atemnot. Punktion ohne dauernden Erfolg. Operation nach Talma mit ständiger Drainage. 4 Wochen nach der Operation keine Atemnot, dauerndes Wohlbefinden, Leibumfang wie am Tage der Operation gleichgroß geblieben. *Ginsburg* (Breslau).

Vanverts, J., De l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (Darmverschluß im Verlaufe von Bauchfelltuberkulose.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 39, Nr. 15, S. 619—622. 1913.

In 2 Fällen von klinisch zweifelhafter Bauchfelltuberkulose kam es zum Ileus und damit zur Notwendigkeit der Laparotomie. Der erste Fall, mit inkomplettem Darmverschluß kam nach Lösung der vorhandenen Verwachsungen zur vollkommenen Heilung. Der zweite mit vollkommenem Ileus, ergab bei der Operation einen tuberkulösen Ileocoecaltumor. Der Kranke kam nach vorübergehender Besserung ad exitum unter Ileuserscheinungen. *von Bomhard.*

Roberts, W. O., The intra-peritoneal use of tincture of iodine as an antiseptic. (Intraperitoneale Anwendung der Jodtinktur als Antisepticum.) Louisville month. journal Bd. 19, Nr. 11, S. 333—338. 1913.

Bericht über das, was dem Verf. über Peritonitis als Folge unvorsichtiger Jodtinkturanwendung auf der Bauchhaut Laparotomierter bekannt geworden ist. Bei Umfrage an namhafte Chirurgen erhielt er nur eine dieses ursächliche Verhältnis bejahende Antwort von Rob. T. Morris. Experimentell nachgewiesen wurde es von Frank und Baldauf an Hunden. Folgt Wiedergabe von Krankengeschichten und anderen Berichten von E. J. Johnson, Frank, T. Woodbury, H. A. Brennecks, nach denen ohne Schaden bei der Operation entweder mehrere Male die Bauchhaut mit Jodtinktur energisch bestrichen (unter Schutz des Bauchinneren vor Berührung mit dem Anstrich) oder die Tinktur konzentriert oder bis auf ein Drittel verdünnt bei infektionsverdächtigen Fällen in die Bauchhöhle gegossen und ausgetupft oder die verdächtige Stelle mit dem Medikament bestrichen wurde, ohne peritonitische oder toxische Folgeerscheinung. Erwähnt wird die Arbeit von A. Hofmann, Münch.

med. Wochenschr. 10, 1912, nach der die starke Reaktion hervorrufende Wirkung der Jodtinktur beim normalen Peritoneum zu fürchten ist, bei tuberkulöser Peritonitis jedoch, die ohnehin mit Adhäsionen heilt, den Genesungsprozeß durch Betupfen des Peritoneum abkürzen kann. *Michael* (Leipzig).

Hagenauer, G. F., Rupture of abdominal hydatid during examination under an anaesthetic, immediate operation. (Zerreißung einer abdominalen Hydatide während Untersuchung in der Narkose.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 89, S. 969. 1913.

16jährige Patientin. Amenorrhöe seit $5^1/_2$ Monaten. Von zahlreichen Verwachsungen fixiert täuscht ein dem im 5. Monat graviden Uterus gleich großer Tumor (Hydatide des Omentum) Schwangerschaft vor. Bei Versuch, den Tumor in Narkose aus dem Becken zu drängen, Ruptur. Laparotomie, Heilung. *Mohr* (Berlin).

Connell, F. Gregory, Etiology of Lane's kink, Jackson's membrane, and caecum mobile. (Ätiologie der Laneschen Schlinge, der Jacksonschen Membran und des Coecum mobile.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 16, Nr. 4, S. 353 bis 359. 1913.

Autor bespricht nur die nichtentzündlichen Fälle, erworbene und kongenitale. Die Ileocöcalvereinigung des Embryo wandert von der linken Seite nach oben, quer über das Abdomen, und rechts hinunter, dreht sich axial am Schlusse um 180° nach hinten, dann nach vorne, wird wie das ganze Kolon in dieser Stellung durch Verschmelzung ihres Bauchfellüberzuges und der Mesenterialanlage mit dem Peritoneum der hinteren Bauchwand fixiert. 1. Anormale Wanderung. Ist diese unvollständig, so fehlt Colon ascendens und ein Teil des Colon transversum. Tritt der Stillstand der Wanderung vor Fixation ein, so fällt die Ileocöcalvereinigung wieder nach links zurück. (Linkseitige Appendicitis!) — Ist die Wanderung bloß verzögert, so bilden sich Membranen von dem prärenalen peritoneum parietale zu der Vorderwand des Kolon. 2. Anormale Rotation. a) Fehlende, oft mit ungenügender Wanderung. Das Ileum mündet, statt von links, von hinten oder rechts in das Kolon und besitzt selbst durch Verschmelzung eine Membran: Die Lanesche Schlinge. b) Exzessive Rotation. Die Ileocöcalvereinigung sucht später bei aufrechter Haltung und Tätigkeit der Verdauung normale Lage einzunehmen: ihre Fixationen werden zur Jaksonschen Membran. c) Umgekehrte Rotation; „Adhäsionen" von flexura hepatica bis Appendix, gebildet durch das ausgezerrte Mesenterium. 3. Anormale Fixation. a) Mehr oder minder fehlend (Coecum mobile), b) zu frühzeitige Fixation (bei verspäteter Wanderung), c) Fixation an falschen Oberflächen. Ist selbst Wanderung und Rotation normal verlaufen, so kann die Fixation den letzten Teil des Ileum doch mit umfassen (Lanesche Schlinge). *Mohr* (Berlin).

Rouville, de, et Roger, Ulcérations et perforations multiples de l'intestin grêle et du caecum par toxi-infection intestinale suraiguë post-operatoire (hystérectomie pour métrite scléreuse). (Multiple Ulcerationen und Perforationen des Dünndarms und Coecums durch intestinale ganz akute Toxiinfektion nach Operation [Hysterektomie wegen sklerosierender Metritis].) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 21, S. 102—109. 1913.

Abdominale Hysterektomie bei 45jähriger Pat. wegen Metritis; Verlauf bis zum 18. Tage glatt, dann plötzlich Leibschmerz und profuse Diarrhöen, ohne Blut. In den nächsten Tagen Übelkeit ohne Erbrechen, Leib weich, Puls beschleunigt, kaum Fieber, Diarrhöen unstillbar. Verdacht auf Typhus. Zunge wird trocken, Leib aufgetrieben, bleibt weich, Druckschmerz rechts unten, kein Ikterus. Urin spärlich, frei von Eiweiß. Am 4. Tag der Verschlimmerung erfolgt unter ständig fortschreitendem Verfall der Tod. Autopsie: Das schwärzlich verfärbte Netz ist verklebt mit einem Convolut verbackener, meteoristischer Dünndarmschlingen. Sie und das Coecum zeigen etwa 50 kleinste bis 50 cent. stückgroße Perforationen. Innen und außen stinkende gelbe Flüssigkeit mit Gasblasen. Die Perforationen und daneben Ulcerationen liegen mit ihren Längsachsen zirkulär zum Darmlumen, nicht entsprechend den Peyerschen Plaques. Makro- und mikroskopisch zeigt sich die Zerstörung als von der Schleimhaut aus in die Tiefe dringend. Keine Embolien der großen Arterien. In der nächsten Umgebung der Geschwüre sind die Gefäßlumina mit Stäbchenbakterien angefüllt. Befund an den sonstigen Organen ohne Wichtigkeit.

Die Diagnose war nicht zu stellen. Wie ist diese Komplikation zu erklären? Embolie und Thrombophlebitis liegt nicht vor, denn es bestand keine Gangrän von Darmschlingen, die großen Darmgefäße boten nicht das entsprechende Bild. — Für schwerste Enteritis spricht auch der mikroskopische Befund; Sublimat als Ursache war ausgeschlossen, auch fehlte die Nephritis dafür, deren Fehlen auch den Gedanken an Urämie

als Ursache hinfällig macht. Es muß sich um eine Infektion oder Intoxikation vom Darm handeln. Typhus, Dysenterie, Cholera nostras, Milzbrand sind mit dem Befund nicht vereinbar. Es bleibt nur übrig, daß man eine Infektion mit Bakterien annimmt, die für gewöhnlich nicht in der Darmwand Infektionsherde bilden. Hier waren es Stäbchen (genauere bakteriologische Diagnose nicht gestellt), vielleicht Bacterium coli. Nach den heutigen Anschauungen ist es wahrscheinlich auf dem Blutwege zur Bildung dieser Herde gekommen. Dafür sprechen auch die mit Bakterien verstopften Gefäße in der Umgebung der Nekrosen. Die Eingangspforte bleibt unklar; ein Zusammenhang zwischen der Operation mit ihrem tadellosen Verlauf bis zum 18. Tag und dann dieser plötzlichen, schwersten Infektion war nicht zu finden. *Schmidt* (Greifswald).

Porter, C. A., and G. W. Morse, A case of gastro-mesenteric ileus. (Ein Fall von gastro-mesenterialem Ileus.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168,** Nr. 14, S. 506—508. 1913.

Bei einem 3 Jahre alten Kinde, das schon früher anfallsweise an Leibschmerzen litt, traten plötzlich stürmische Ileussymptome auf. Die Diagnose war sehr erschwert, die Operation kam zu spät. *Vogt* (Dresden).

Russel, Wm. B., F. Lomax Wood and W. Ernest Barrett, Three cases of the acute abdomen, with comments. (Drei Fälle von akuter Abdominalerkrankung.) Practitioner Bd. **90,** Nr. 4, S. 767—772. 1913.

Bericht über 3 Fälle von plötzlicher Erkrankung an schweren Abdominalerscheinungen (verfallenes Gesicht, kleiner Puls, Bauchdeckenspannung, Bluterbrechen), nachdem längere Zeit geringere gastrische Beschwerden vorausgegangen. In 2 Fällen ergab die Laparotomie Perforation eines Magenulcus, ein dritter nur entzündliche Prozesse am Ileum und den Mesenteriallymphdrüsen. Kurz vorher mit Hydrarg. behandelte Lues vermag den mit Exitus endigenden Fall nicht zu erklären. *Mohr* (Berlin).

Todd, R. S. Enever, Burton Bradley and C. H. Shearman, A fatal case of appendicitis complicated by spreading cellulitis of obscure clinical and bacteriological nature. (Tödlicher Fall von Appendicitis kompliziert durch fortschreitende Zellgewebsentzündung von klinisch und bakteriologisch dunkler Natur.) Austral. med. gaz. Bd. **33,** Nr. 14, S. 300—301. 1913.

18jähriges Mädchen mit akutem Appendicitisanfall im Anschluß an Tennisspielen. Am nächsten Morgen Entfernung des perforierten Wurms mit kirschkerngroßem Kotstein. Kein Eiter. Gazedrainage. Sofort Temperaturabfall. 2 Tage später unter Temperaturanstieg Schmerzen in der rechten Brustseite, weiche Schwellung ohne Fluktuation und Hautrötung von der rechten Mammillarlinie bis fast zur Wirbelsäule, erst etwa 3 Zoll von der Wunde entfernt beginnend. Die am 5. Tage vorgenommene Relaparatomie zeigte ein kleines Stück Peritoneum stinkend brandig, sonst nichts Abnormes. Trotz ausgiebiger Drainage blieb die Temperatur hoch, die Schwellung breitete sich vom Nacken bis zur Lumbalgegend und von der rechten Mammillarlinie bis links von der Wirbelsäule aus. Sie war scharf umgrenzt, bot ungefähr das Bild eines Erysipels, aber ohne Rötung. Incisionen ergeben keinen Eiter. Keine Zeichen einer Peritonitis. Tod am 7. Tage p. oper. Sektion nicht ausgeführt. Bakteriologisch fanden sich sowohl in der Bauchwunde als auch im Bereich der Schwellung gramnegative Stäbchen und kleine grampositive Kokken, keine Streptokokken. Nach dem Verhalten auf Kulturen wurden (nur aus der Laparotomiewunde) die Stäbchen als B. paratyphosus und B. pyogenes foetidus, die Kokken als Staphylococcus aureus angesprochen. *McLean.*

Savariaud, Traitement de l'appendicite aiguë au début de la crise. (Über die Frühoperation der akuten Appendicitis.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 16, S. 693—705. 1913.

Die Ausführungen des Verf.s stützen sich auf Beobachtungen bei Kindern. Die Überlegenheit der Frühoperation über alle anderen Behandlungsverfahren wird statistisch festgestellt. Perforation in die freie Bauchhöhle findet besonders häufig beim ersten Anfall statt; es soll daher stets beim ersten Anfall operiert werden. Die Existenz eines Prodromalstadiums wird bezweifelt. Die Prognose der sekundären Peritonitis ist erheblich schlechter, als die der primären. *zur Verth* (Kiel).

Savariaud, Le diagnostic précoce de l'appendicite aiguë chez l'enfant. (Die Frühdiagnose der akuten Appendicitis im Kindesalter.) Méd. infant. Jg. **21,** Nr. 4, S. 73—80. 1913.

Verf. gibt genaue Anweisungen zur methodischen Palpation des Abdomens bei

Verdacht auf Appendicitis. Lokaler Druckschmerz und défense musculaire sind stets Zeichen wirklicher Peritonitis. Man soll sich nicht mit dem Begriff des „Peritonismus" über die Tatsachen wegtäuschen, sondern bei festgestellter Peritonitis stets operieren. Rectale Palpation ist auch von großem Wert für die Frühdiagnose. Wenn der Finger in der Rectalampulle angelangt ist und nicht bewegt wird, darf er normalerweise keinen Schmerz auslösen. Wenn das Betasten des Douglas Schmerz verursacht, läßt das auf freien Eiter im Bauchfell schließen; wenn man einen Tumor fühlt, deutet es auf abgesackte Peritonitis. Oft kann man bei geschickter Abdominalbetastung den vergrößerten und schmerzhaften Wurmfortsatz selbst fühlen. Die Hand stellt die Diagnose, das Auge die Prognose. — Die Diagnose wird öfter verfehlt, weil keine lokale, sondern eine allgemeine Druckempfindlichkeit besteht; aber wenn es sich in diesen Fällen um eine generalisierte Peritonitis handelt, fehlt doch nie die défense musculaire, die das Hauptkennzeichen darstellt. Auch das Sicardsche Zeichen kann von Wert sein (Fehlen des Bauchdeckenreflexes infolge der Dauercontraktur der Bauchmuskeln). Man wird bei Beachtung dieser Gesichtspunkte auch nicht die Appendicitis diagnostizieren, wo sie nicht besteht, z. B. bei einfacher Enteritis, Pneumonie, acetonämischem Erbrechen. Fieber und Pulsbeschleunigung sind nicht obligate Begleiterscheinungen der Appendicitis. — Schwer ist die Diagnose besonders in den ersten Lebensjahren, ferner bei abnormer Lokalisation des Schmerzpunktes, bei Zusammentreffen der Appendicitis mit anderen Erkrankungen (Enteritis, Vulvitis, Tuberkulose). *Ibrahim.*[K]

Sweet, J. E., High intestinal obstruction, postoperative ileus and acute pancreatitis. (Hoher Darmverschluß, postoperativer Ileus und akute Pankreatitis.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 7, S. 520—523. 1913.

Eine Reihe von Sweet namentlich am Hunde ausgeführter Versuche zeigen, daß innige und essentielle pathologisch-physiologische Beziehungen bestehen zwischen dem hohen Darmverschluß, dem postoperativen Ileus und der akuten Pankreatitis. Die Versuche sind nach des Autors eigenen Angaben noch nicht abgeschlossen; eines scheint schon jetzt herauszuspringen, daß eine gute und normale Funktion der Nebennieren bzw. mit Adrenalin versetzter Kochsalzinfusionen imstande sind, die in solchen Fällen gefährlich werdende Funktion der Pankreas zu paralysieren. *Hannes* (Breslau).

Watson, C. Gordon, Surgical tuberculosis of the colon, rectum and anal canal. (Chirurgische Tuberkulose des Dickdarms, Rectums und Anus.) Practitioner Bd. **90**, Nr. 1, S. 220—227. 1913.

Die Tuberkulose tritt im Dickdarm auf als Teilerscheinung einer allgemeinen Miliartuberkulose, als allgemeine oder lokalisierte ulcerative Kolitis und als lokalisierter hyperplastischer Tumor. Dieser ist meistens im Coecum oder Colon ascendens lokalisiert und gibt leicht Anlaß zur Verwechslung mit maligner Neubildung. Der Verlauf dieser Form ist exquisit chronisch. Die klinischen Symptome sind der meist am Coecum lokalisierte Tumor, Kolikanfälle, Verstopfung, später Stenoseerscheinungen, dabei fehlt meist Abgang von Blut. Gestützt kann die Diagnose nur werden durch die Anamnese oder den Befund von sonstiger Tuberkulose. Mikroskopisch wird eine außerordentliche Hyperplasie der ganzen Darmwand gefunden, die Mucosa ist ebenfalls stark hypertrophisch, aber nicht exulceriert. In der hyperplastischen Darmwand finden sich Tuberkel eingestreut. Die Therapie besteht in Exstirpation des erkrankten Darmabschnittes. Die ulceröse Tuberkulose des Dickdarms kommt meist in späteren Jahren vor und ist Folgeerscheinung einer fortgeschrittenen Lungentuberkulose. Sie bevorzugt ebenfalls Coecum und Colon ascendens, kann sich aber auch über den ganzen Dickdarm erstrecken. Selten verursachen die Geschwüre Stenose, auch Darmperforation ist selten wegen der reichlich auftretenden Adhäsionen. Die Symptome sind die der ulcerösen Kolitis überhaupt. Chirurgische Behandlung ist unmöglich, auch die Appendicostomie mit retrograder Spülbehandlung verspricht geringen Erfolg. Die tuberkulöse Ulceration des Rectums ist leicht mit dem Sigmoskop zu diagnostizieren als Geschwürsbildung mit Knötcheneruption auf der Höhe der Schleimhautfalten. Die Geschwüre

brechen leicht durch und geben Anlaß zur Fistelbildung nach der Blase, der Scheide, der äußeren Haut. Die Behandlung ist eine lokale (Verf. empfiehlt Ionisation mit Zinksulfatlösung), ev. Appendicostomie und Spülbehandlung von oben und unten. Die Tuberkulose der Analhaut kommt selten vor in Form von kleinen Knötchen, Geschwüren und verrucösen Excrescenzen. Für die tuberkulösen Fisteln ist eine radikale Operation nur bei günstigem Lungenbefund zu raten. *Albrecht* (München).

Crookall, A. C., A case of pelvi-rectal fistula treated with Bismuth paste. (Ein Fall von Beckenmastdarmfistel behandelt mit Wismutpaste.) Internat. journal of surg. **26,** S. 54—55. 1913.

Verf. hat eine Fistel zwischen Uterus und Rectum, die voraussichtlich durch einen artifiziellen Abort entstanden war und nicht ausheilen wollte, mit Wismutpaste mit bestem Erfolg behandelt. Er hat mit dem Proctoskop die Stelle sich eingestellt und mit einer Spritze, die mit einer langen Kanüle versehen war, direkt in die Fistel die Wismutpaste injiziert. Nachdem alle Versuche, die Fistel zur Ausheilung zu bringen, fehlgeschlagen waren, war der Erfolg ein glänzender. Die Patientin nahm in kurzer Zeit 13 Pfund zu. *Weißwange* (Dresden).

Williams, Frederick H., Electricity in rectal diseases. A neglected resource in their treatment. (Elektrizität bei Erkrankungen des Rectums. Eine vernachlässigte Methode.) New York med. journal Bd. **97,** Nr. 17, S. 875—878. 1913.

Empfehlung der Elektrolyse zur Behandlung der Hämorrhoiden. Die Methode ist unblutig, kann in Lokalanästhesie (Injektion einer möglichst schwachen Lösung in den Knoten selbst) ambulant ausgeführt werden und verursacht nach den Erfahrungen des Verf. nie Fisteln oder Strikturen wie die blutigen Methoden. *Albrecht* (München).

Miles, W. Ernest, The diagnosis and treatment of cancer of the rectum. (Diagnose und Behandlung des Mastdarmkrebses.) Med. rev. Bd. **16,** Nr. 5, S. 242—246. 1913.

Jeder Mastdarmkrebs kann bei digitaler Untersuchung erreicht werden. Bei höherem Sitz gehört er dem Colon pelvinum an. Je nach dem Sitz zeigt er bestimmte Ausbreitungstypen: Im oberen Teil nimmt er die ganze Circumferenz ein, im ampullären die Hälfte bis vier Fünftel mit Infiltration der hinteren Wand in fast allen Fällen; im unteren, analen Abschnitt meist vorn, ein Drittel bis die Hälfte des Umfanges einnehmend. Am leichtesten entzieht sich der Aufmerksamkeit des Kranken das Carc. der Ampulle, wenn keine Blutung auftritt, weil hier weder Stenosierung noch, wie am unteren analen Abschnitt, Schmerzen frühzeitig aufzutreten pflegen. Wichtiges Frühsymptom des Carc. der Ampulle: hartnäckiger Anfall von Obstipation, besonders verdächtig, wenn von Diarrhöe gefolgt. Symptome der Ulceration: Blut, Schleim, Eiter. Heftig wird der Schmerz erst dann, wenn die Geschwulst den Analteil erreicht. Zeichen der perirectalen, carcinomatösen Infiltration: Stärkere Blutungen, Sakralnervenschmerz, allgemeine Kachexie infolge septischer Resorption. Untersuchung: Der eingeführte Finger, der meist bis zum Promontorium reicht, tastet im Kreis den ganzen Umfang des Lumens ab und zieht sich dabei allmählich zurück; fühlt auf diese Weise auch kleine Knoten. Zu berücksichtigen: breiter oder gestielter Sitz; Oberfläche (weich, gelappt, ausgefressen?). Wieviel vom Umfang ist ergriffen? Verengung des Lumen? Beweglichkeit gegen den Muskelüberzug, Beweglichkeit des betreffenden Rectalabschnittes. Extramurale Infiltration durch bimanuelle Untersuchung, ev. Narkose festzustellen. Prüfung des Befundes mit Sigmoskop. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Polypen, villöses Papillom, gutartige Striktur, Invagination des Mastdarms, gummöse Veränderung, tuberkulöse Ulceration. Eine Besprechung der Ausbreitungswege des Carcinoms führt den Verf. zu der therapeutischen Folgerung, alle eingeschränkten Operationsmethoden, wie perineale Excision und Resektion mit End-zu-End-Vereinigung als unzulänglich zu verwerfen. Die den anatomischen Forderungen entsprechende radikale abdominoperineale Operation besteht in Entfernung fast des ganzen Colon pelvinum, Mesokolon, der ganzen Mm. levatores ani, des Rectum, Anus, ischiorectalen Gewebes und Anlegung einer inguinalen Kolostomie. Die Operierten haben praktisch komplette Verschlußkontrolle des Anus, der allen Anforderungen

an Sauberkeit und Bequemlichkeit entspricht. Eingriff schwer, nicht anwendbar jenseits des 60. Lebensjahres. (10 Operationen mit ebensovielen Todesfällen.) Resultat von 36 anderen Kranken: 8 gestorben durch unmittelbare Operationsfolge, 4 bekamen Rückfälle, 2 starben an interkurrenten Krankheiten. 22 leben gesund 6 Monate bis 6 Jahre post operationem. *Michael* (Leipzig).

Madlener, Über gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 620—622. 1913.

Verf. fand insgesamt 4 einschlägige Fälle beschrieben. Er selbst fand bei einer 63jährigen, leicht ikterischen Frau, die wegen peritonitischer Symptome operiert wurde, $^3/_4$ Liter galliges Exsudat in der rechten Oberbauchgegend. In der Gallenblase und im Choledochus fanden sich Steine, eine Perforationsöffnung wurde nicht gefunden. In Anbetracht des kollabierten Zustandes der Patientin wurde lediglich eine Gallenblasenfistel angelegt. Die Frau genas ohne weitere Komplikationen. Die Prognose ist bei diesen per diapedesin entstandenen Galleergüssen günstig, wenn rechtzeitig operiert wird, während sie bei der Gallengangsperforation sehr schlecht ist. *Ströbel* (Erlangen).[M]

Paus, Nikolai, Beiträge zur operativen Behandlung der Gallenwegekrankheiten. (*Reichshosp. u. Privatklin. v. Prof. Ström, Christiania.*) Nord. med. Ark., Kirurgi Bd. **45,** H. 3, Nr. 7, H. 4, Nr. 8. 1912 (1913).

An der Hand von 223 Krankengeschichten erläutert der Verf. eingehend die Symptomatologie, Therapie und Prognose der Erkrankungen der Gallenwege. In seiner Einteilung folgt er im wesentlichen Kehr, indem er folgende Krankheitsgruppen aufstellt: 1. Akute Cholecystitis. 2. Chronische Cholecystitis: a) Chronische rezidivierende Cholecystitis; b) Hydrops vesicae felleae; c) Empyema vesicae felleae. 3. Lithogene Choledochus-Occlusion: a) akute Occlusion; b) chronische Occlusion. 4. Cholangitis diffusa. 5. Choledochus-occlusion infolge von Tumor. 6. Carcinom der Gallenwege. Die Wichtigkeit der Beachtung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse für die Diagnose wird besonders betont. Differential-diagnostische Fragen werden erörtert. Zahlreiche statistische Zusammenstellungen beleuchten das Thema von den verschiedensten Gesichtspunkten aus und bieten dadurch einen schätzenswerten Überblick. Den Beschluß bildet ein ausführliches Literaturverzeichnis. *K. Hoffmann* (Dresden).

Sherrill, J. Garland, Observations on the surgery of the liver and bile passages. (Zur Chirurgie der Leber und der Gallenwege.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 4, S. 726—736. 1913.

Die Leber kann zum Teil reseciert werden. Gefahrbringend bei Leberoperationen sind Shok, Blutung, Embolie und Infektion. Verf. empfiehlt zur Vermeidung von Blutungen während der Operation den rechten Rand des Omentum minus zu komprimieren. Temporäre Unterbindung der Vena portae zeitraubend und gefährlich. Für tiefe Lebernähte verwendet er dickes doppeltes Catgut und eine stumpfe Nadel, zu Ligaturen feine Seide oder Catgut, zur Vereinigung der Leberwundränder eine fortlaufende Naht von dünnem Catgut. Indikationen zu chirurgischen Eingriffen: Leberzerreißungen, solitäre Abscesse, Hepaptosis, isolierte Tuberkulose, Aktinomykose, Syphilis (wenn die interne Behandlung versagt), Cirrhose (Talma), Echinokokkus, benigne Tumoren, im Anfangsstadium auch primäre maligne Tumoren und auf die Leber übergreifende Gallenblasencarcinome. Beschreibung eines Falles von Lues hepatis, zunächst laparatomiert und als inoperables Ca. behandelt, dann durch antiluetische Kur geheilt. Dazu eine Abbildung. *Schmidt* (Karlsruhe).

Harnorgane:

Austin, Cecil Kent, Recent french progress in medical renal disorders. (Neuere französische Fortschritte auf dem Gebiete der Nierenerkrankungen.) Med. record **83,** S. 15—18. 1913.

Im wesentlichen Inhaltsangabe des Castaigneschen Buches „Les maladies des

reins". Hiernach unterscheidet die französische Schule 4 Formen von Nephritis: 1. eine albuminurische, 2. eine chlorämische, 3. eine urämische, 4. eine kardiovasculäre Form. Je nachdem eine Durchlässigkeit der Niere für Albumen oder eine Retention von Chloriden und Harnstoff besteht. Die 4. Form ist die Folge der unter 1—3 genannten. Die Durchlässigkeit der Niere wird geprüft mittels Injektion von 1 ccm Methylblaulösung. Es sind ferner genauere Untersuchungen anzustellen über den Gehalt an Chloriden und Harnstoff im Blute. Findet eine Retention von Chloriden statt, so ist vor allem kochsalzarme Diät anzuordnen. Ernster ist die Prognose bei der 3. Form, bei der eine Retention von Harnstoff stattfindet. Zur Feststellung der retinierten Menge eignen sich am besten die Flüssigkeitsansammlungen in serösen Höhlen, andernfalls muß man zur Aspiration von Blut aus einer Vene oder zur Lumbalpunktion seine Zuflucht nehmen. Bei 1 g Harnstoff pro Liter Flüssigkeit ist die Prognose ernst zu stellen. Die Diät muß alle stickstoffhaltigen Nahrungsmittel ausschalten. — Urämie ist bedingt durch Retention von Chloriden und Harnstoff im Blute. Im ersteren Falle wird man es mit mehr oder minder ausgesprochenen Ödemen zu tun haben, während die Retention von Harnstoff die sog. „trockene" Form der Urämie darstellt. Die Therapie beginnt man mit der Guelpakur, 2—5 Tage lang absolute Wasserdiät mit etwas Lactose; während dieser Zeit allmorgentlich eine gründliche Purgation des Darmes mittels 1—2 Glas Bitterwasser oder, falls Chlorämie vorhanden ist, Kalomel oder ein anderes, nicht salzhaltiges Mittel. Sodann für einige Tage Traubenkur, pro die 2 kg süßer, reifer Trauben, hiernach langsamer Übergang zu Glykosen und Amylaceen. *Wiemer* (Herne).

Wendel, Embryonaler Nierentumor. (Med. Ges., Magdeburg, Sitzg. v. 30. I. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 19, S. 1067. 1913.

6jähriges Mädchen. Tumor, durch transperitoneale Nephrektomie entfernt, hatte keine Beschwerden, keine Urinveränderungen hervorgerufen. Er war entdeckt worden bei einer akuten Epityphilitis. Die rechte Niere war durch den Tumor, der die Niere um das Vierfache an Größe übertraf, nach auswärts gedrängt und abgeplattet worden, war aber im übrigen normal und gut funktionsfähig. Der Tumor war außerordentlich weich, fast fluktuierend, enthielt eine mit blutigem Detritus angefüllte Zerfallshöhle. Von der Niere war er mikroskopisch durch eine Kapsel getrennt. Die Operation geschah mit rechtsseitigem Pararectalschnitt. Bauchhöhle ohne Besonderheiten. Linke Niere normal. Es gelang, auf dem breit vorliegenden Tumor das hintere Peritoneum zu spalten, mit dem Colon ascendens abzulösen und durch Annäherung der entsprechenden Schnittränder des vorderen und hinteren Peritoneums die Operation extraperitoneal zu beenden. Die Geschwulst gehörte zu den von Birch-Hirschfeld als Adenosarkom bezeichneten Mischgeschwülsten. *Runge* (Berlin).

Kellock, Thomas H., Ligature of the renal artery and vein as a substitute for nephrectomy. (Unterbindung der Nierengefäße, ein Ersatz der Nephrektomie.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 6. Surg. sect. S. 179 bis 185. 1913.

30jähriger Patient, der wegen Blasensteinen und Abscessen der linken Niere mehrmals operiert worden war. Beim Versuch, ein im linken Nierenbecken zurückgelassenes Drainrohr und einen Stein zu entfernen, starke Blutung. Blutstillung durch Tamponade. 18 Tage später Unterbindung der Nierengefäße per laparotomiam. Glatte Heilung.

Verf. bespricht die Technik der Operation, die sich auf der linken Seite leichter gestaltet als rechts. *Engelhorn* (Erlangen).

Curtis, Henry, Modern urinary surgery: points for the practitioner. (Moderne Chirurgie des Harnapparates: Winke für den Praktiker.) Practitioner Bd. **90**, Nr. **4**, S. 686—700. 1913.

Von den hauptsächlich die männliche Urologie behandelnden Ausführungen sind für den Gynaekologen nur die Erörterungen über die Tuberkulose von Interesse: daß diese beim weiblichen Geschlecht so gut wie immer eine sekundäre hämatogene Infektion darstellt, daß die Nierentuberkulose in 80—90% der Fälle 1—7 Jahre lang auf eine Seite beschränkt bleibt: in 60% der zur Autopsie gekommenen Fälle wurde die 2. Niere frei von Tuberkulose befunden. Der springende Punkt für den Praktiker ist die Diagnose, die sich auf den Nachweis von Tuberkelbacillen und Eiterkörperchen

in dem trüben Urin von s = 1010—1015 stützen muß, ferner die Tatsache, daß eine tuberkulöse Cystitis immer die Folge einer primären Nierentuberkulose darstellt.
Albrecht (München).

Eisendrath, Daniel N., Pyelotomy for the removal of renal calculi. (Entfernung von Nierensteinen mittels Pyelotomie.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. **15**, S. **1145—1150**. 1913.

Verf. ist bestrebt, der Pyelotomie in Amerika an Stelle der dort noch zumeist geübten Nephrotomie als der Methode der Wahl bei Nierensteinen weitere Anhänger zu werben. Nach Besprechung der anatomischen Verhältnisse des Nierenbeckens und der Röntgendiagnose wendet er sich der Technik der Pyelotomie zu. Er empfiehlt, sich mit der Incision ein Stück weit von der Grenze des intra- und extrarenal gelegenen Teils des Nierenbeckens entfernt zu halten, um die Verletzung eines an dieser Stelle gefährdeten Astes der Nierenarterie zu vermeiden. Das dem Nierenbecken anhaftende Fettgewebe soll nach Möglichkeit geschont werden. Die Pyelotomie hat vor der Nephrotomie den Vorzug größter Einfachheit, verminderter Blutung und geringerer Gefährlichkeit. Die Möglichkeit einer stärkeren Nachblutung, welche unter Umständen nachträglich noch zur Ektomie des Organs führen kann, ist bei der Pyelotomie wohl seltener gegeben als bei der Nephrotomie, muß aber, wie ein Fall des Verf. lehrt, immerhin im Auge behalten werden (Druckusur des Venengeflechts in den Nierenkelchen). Als besonderen Vorzug der Pyelotomie führt Verf. an, daß sie gestattet, die freigelegte Niere bimanuell palpieren zu können, d. h. einen Finger in die Nierenbeckenincision einzuführen, während die andere Hand die Nierenoberfläche abtastet. Auf diese Weise werden Steine weniger leicht übersehen, und man kann auch zuweilen von der Nierenrinde her auf einzelne, im Parenchym selbst gelegene Steine einschneiden unter Vermeidung einer größeren Verletzung des Nierengewebes. Ausgeschlossen von der Pyelotomie sind Fälle, bei denen sich die Niere wegen eines zu kurzen Stiels oder wegen Verwachsungen nicht genügend mobilisieren läßt, ferner die schwerer infizierten Fälle. Bei sehr großen Steinen, die das ganze Nierenbecken ausfüllen, ist die Nephrotomie vorzuziehen. Als gelegentlichen Nachteil der Pyelotomie erwähnt Verf. die Möglichkeit einer bleibenden Fistel, doch ist dieser Zufall meist auf das Übersehen einer Unwegsamkeit des Ureters zurückzuführen. Daher soll man in jedem Falle vor Beendigung der Operation versuchen, einen Ureterenkatheter vom Nierenbecken aus in die Blase vorzuschieben. *Hagen* (Nürnberg).

Richardson, Edward H., Tuberculosis of the urinary system in women. Report of a case. (Tuberkulose des uropoetischen Systems der Frauen.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **24**, Nr. **266**, S. **103—108**. 1913.

Sammelreferat. — Verf. empfiehlt zur Vermeidung der Infektion des gesunden Ureters Ersatz des Ureterenkatheterismus durch Kellys Cystoskopie (der Tubus wird bei luftgefüllter Blase direkt an das Ureterostium gepreßt). *Mohr* (Berlin).

Arcelin et Giuliani, Calcul de l'uretère pelvien droit. (Stein im Beckenteil des rechten Ureters.) (Soc. nat. de méd. de Lyon, séance 24. II. 1913.) Lyon méd. Bd. **120**, Nr. 18, S. 963—970. 1913.

Krankengeschichte eines Pat., bei dem ein Jahr zuvor fälschlicherweise die Röntgendiagnose auf einen rechtsseitigen Nierenstein, Stein im oberen Teil des Ureters und Stein im unteren (Becken-) Teil des Ureters gestellt und demgemäß ein chirurgischer Eingriff ohne Erfolg ausgeführt war. Man nahm nach demselben an, daß es sich um Kotsteinschatten gehandelt habe. Pat. behielt seine Koliken und kam deshalb erneut zur Beobachtung. Jetzige Röntgenaufnahmen zeigten mit Sicherheit einen großen Ureterstein im Becken, dessen Sitz obendrein durch Ureteren-Katheterismus präzise festgestellt werden konnte; Beigabe einiger sehr schöner Röntgenbilder. Extraperitoneale Operation mit Freilegung und Eröffnung des Ureters und Extraktion des Steins. Reaktionslose Heilung.

Hinweis auf die Häufigkeit diagnostischer Irrtümer, die nur durch vereinte röntgenographische und cystoskopische Untersuchung mit Ureteren-Katheterismus vermieden werden können; weiterer Hinweis darauf, daß auch hierbei noch Irrtümer unterlaufen können, wenn Ureterdilatationen vorliegen, wobei dann Aufnahmen

nach Kollargolfüllung des Ureters entscheidend werden können. Auch die Radioskopie muß hie und da helfend eingreifen. Unter Zuhilfenahme all dieser Methoden werden die meisten Fälle exakt diagnostiziert werden können, doch bleibt immer noch ein gewisser Prozentsatz der Fälle übrig, bei denen eine Probefreilegung in Frage kommt. *Kneise* (Halle a. S.).

Stout, T. J., Management of chronic cystitis in the female. (Behandlung chronischer Cystitis beim Weibe.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. 9, Nr. 11, S. 264—266. 1913.

Verf. wendet sich gegen den Schematismus in der Behandlung der weiblichen Cystitis. Er verlangt in jedem Falle Feststellung der etwaigen Prädisposition, bei infektiösen Katarrhen Feststellung des spezifischen Erregers, häufigere Anwendung des Cystoskops. Bei Spülung der Blase empfiehlt er als besonders wirksam das Kalium hypermanganicium (1 : 2000); die Borsäurespülung hält er für wertlos. *Liek* (Danzig).

Kielleuthner, Über den Wert der intravesikalen Operationen. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 18, S. 969—971. 1913.

Unter Ausscheidung der für die Sectio alta reservierten Fälle rühmt Kielleuthner in der Bekämpfung der durch Steine, Fremdkörper, Tumoren verursachten Blasenerkrankungen die Leistungsfähigkeit der sog. unblutigen, endovesikalen Behandlung. Bei der gegenwärtig mit Hilfe der Cystoskopie, durch die Vervollkommnung der Technik (Bigelow) und des Instrumentariums, die ausgebildete Asepsis fast ungefährlich gewordenen Lithotripsie (Mortalität: 1%) werden möglichst in einer Sitzung alle Steinsplitter sofort mit einer Aspirationspumpe unter folgender Revision der Blase durch ein Spülcystoskop entfernt. Die Behandlungsdauer beträgt meist nur einige Tage. Ganz kleine Conkremente werden mittelst eines Evakuators herausgespült; große Steine mit einem Durchmesser von ca. 5 cm und darüber. Besonders harte Steine, Divertikelsteine, ein großer Rezessus retroprostaticus, starrer Inhalt (als Kern z. B. eine Haarnadel) der Steine (Röntgenbild) indizieren die Sectio alta. Voraussetzung jeder Lithotripsie sind genügend weite Lichtung der Urethra und eine gewisse Kapazität der Blase (nicht unter 100 ccm); Kontraindikationen sind schlechte Funktion, akute eitrige Infektionen der Nieren, Tumoren, tuberkulöse Geschwüre der Blase, starke akute Cystitiden. In bezug auf Steinrezidive ist die Lithotripsie der Sectio alta vollständig gleichwertig. Kleine, weiche, freie Fremdkörper (Blätter, Blumenstiele usw.) der Blase können durch Aspiration mittelst der Steinpumpe oder durch den Lithotriptor meistens entfernt werden. Bei der Frau kann oft mit Vorteil neben dem Cystoskop ein kleines Faßinstrument in die Blase eingeführt werden; auch Bougies, Filiforms, Katheter lassen sich so, eventuell noch mit dem Operationscystoskop gleich den an der Blasenwand fixierten Fremdkörpern fast stets extrahieren. Bei inkrustierten Fremdkörpern, deren Kern (z. B. Nadel) oft die Gefahr schwerer Verletzungen in sich birgt, bei starren Gegenständen (z. B. eingewanderte Knochenstücke nach Beckenfraktur, Glasthermometer) ist die Sectio alta auszuführen. Bei der Frau können Haarnadeln in der Blase eventuell mit dem Endoskop à la vision directe durch ein Häkchen auf ihre Krümmung eingestellt und per vias naturales extrahiert werden. Die nur ganz langsam sich eingebürgerte endovesikale Behandlung der benignen, höchstens wallnußgroßen, gestielten Blasentumoren, deren Natur durch den bloßen Aspekt nicht sichergestellt werden kann, werden mittelst flexibler oder starrer Operationscystoskope in 1—4 Sitzungen abgetragen und verschorft; wegen ihrer Ungefährlichkeit, leichten Ausführbarkeit, ihrer wiederholten Anwendbarkeit bei Rezidiven empfiehlt Verf. diese Methode, sofern der Sitz des Tumors, die Weite der Harnröhre, die Ausdehnbarkeit der Blase einen endovesikalen Eingriff überhaupt gestattet. Bei multiplen kleinen Tumoren kann nach amerikanischen Forschern mit Hilfe eines gewöhnlichen Uretercystoskops durch ein dünnes Kabel der sog. Oudinsche Strom (Hochfrequenzstrom mit starker Tiefenwirkung) 10—30 Sekunden lang auf den Tumor unter Leitung des Auges gebracht und derselbe mit bestem Erfolg verschorft werden. *Sulzer* (Nürnberg).

Legueu, Fremdkörper in der Blase und ihre Behandlung. (*Spit. Necker, Paris.*) Allg. Wien. med. Zeit. Jg. 58, Nr. 16, S. 176—177 u. Nr. 17, S. 188 bis 189. 1913.

Im Anschluß an einen Fall von Haarnadel in der Blase eines 16 jährigen Mädchens genaue Beschreibung der Symptomatologie. In Legueus Fall waren nach dem Röntgenbild, anders als sonst, die Spitzen nach oben, der Kopf nach unten gerichtet. Gewöhnlich gelange die in die Harnröhre gestoßene Nadel mit dem Kopf voran in die Blase, stelle sich zuerst von vorn nach hinten horizontal, die Spitzen im Collum ein, werde durch Blasenkontraktionen vertikal gehoben, um sich schließlich im Querdurchmesser dauernd einzustellen, so daß cystoskopisch die Schlinge zur Anhakung nicht sichtbar wird. Die Blase sei für Fremdkörper lange tolerant, bis eine fortschreitende Inkrustation, die Kopf und Spitze frei lasse, infolge Cystitis und Pericystitis alarmierende Symptome böten. Die Pericystitis entstehe durch Perforation der Spitzen als skleröse oder eitrige. Vor der Steinbildung sei die Nadel nur cystoskopisch nachweisbar, da sonst auf Fremdkörper hinweisende Symptome fehlten. Auch nachher sei zur Feststellung der Lage des Kopfes und zur Therapie Cystoskopie nötig. Werde durch die Sonde bei jungen weiblichen Individuen ein großer Stein fix in der um denselben kontrahierten Blase bei Pericystitis nachgewiesen, sei das Vorhandensein des Fremdkörpers gesichert, der sich durch Radiographie oft bestätigen lasse. L. widerrät die Entfernung ohne Cystoskop durch Anhakung einer Branche mittels eingeführten kleinen Spekulums wegen der durch Sperrung der Branchen möglichen Verletzung. Gelinge die Anhakung der Ansa der quer gelagerten Nadel nicht durch das Cystoskop von Luys oder Nitze, so empfiehlt er bei fehlender Inkrustation den subsymphysären Schnitt: Zwischen Clitoris und Urethra $2^1/_2$ cm langer Schnitt, eindringend bis zur Blase, Incision der obern Urethralwand in ganzer Länge ohne Verletzung des Collum vesicae. Nach Extraktion exakte Naht, Heilung ohne Fistel sicher. Bei Steinbildung hoher Blasenschnitt. *Frank* (Köln).

Chudovszky, Móricz, Über Blasenbrüche. (*Allg. Krankenh., Sátoraljaujhely [Ungarn].*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 84, H. 1, S. 102—105. 1913.

Bericht über 5 Fälle von Inguinalhernie, welche die Harnblase zum Inhalt hatten; 7 davon waren rechtsseitig. Es wurden alle operativ geheilt. *Weibel* (Wien).

Legueu, Les difficultés opératoires des fistules vésico-vaginales. (Über Schwierigkeiten bei der Operation von Blasenscheidenfisteln.) Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 15, S. 226—228. 1913.

Verf. berichtet über 4 Fälle.

Im 1. Fall entstand die Fistel durch eine schlecht ausgeführte Zange. Sofort bestand partielle Inkontinenz, d. h. beim Liegen, während beim Stehen die Frau ganz gut Urin halten konnte. Operation. Heilung. Der 2. Fall betraf eine 26 jährige Erstgebärende nach spontaner sehr lang dauernder Geburt. Sofortige Inkontinenz. Fistel liegt lateral, für Finger bequem durchgängig. Operation mißlingt vollkommen. Die Schwierigkeiten der Operation werden bedingt durch Lage, Größe, Komplikationen und Beziehungen zum Ureter. Die Fisteln nach Geburten liegen gewöhnlich tief. Die Operation ist leicht. Nach Totalexstirpation entstandene Fisteln liegen hoch und sind schwer zu behandeln. Abgesehen von der Vaginitis wird die Operation durch derbe Narben erschwert. Der nächste Fall entstand bei abdomineller Totalexstirpation wegen puerperaler Infektion. Inkontinenz nur beim Liegen Im Cystoskop sieht man dicht neben der Einmündung des rechten Ureters 2 Fistelöffnungen. Bei Operation von der Scheide aus wäre sicher eine Ureter-Scheidenfistel entstanden, wenn nicht der Ureter katheterisiert worden wäre. Dies sichert die Diagnose und erleichtert die Operation. Nach der Operation wird der Ureterkatheter entfernt. Die Naht wird schichtweise ausgeführt. Tiefsitzende Fisteln werden von der Scheide aus operiert. Hochsitzende Fisteln werden von oberhalb der Symphyse aus angegriffen, entweder transvesical oder retrovesical unter Abschieben des Peritoneums von der Blase oder unter Eröffnung des Peritoneums. Hierbei wird die Blase von der Scheide abpräpariert und beide Öffnungen einzeln vernäht. In seinem 4. Fall hat Verf. laparotomiert, die Blase eröffnet, Blase und Scheide voneinander abpräpariert, dann die Blase in 3 Schichten durch Naht verschlossen und auch die Scheide isoliert vernäht. *Zweifel* (Jena).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Lembcke, Röntgenaufnahme aus dem Gebiete der Urologie. (*Univ.-Frauenklinik, Freiburg.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Nierenaufnahmen: 1. Pathologisch veränderte Nierenbecken (bei Tuberkulose, bei Pyelitiden, hydronephrotischen Nierenbecken). 2. Nephroptosis bilateralis ohne Veränderung von Becken oder Ureter a) im Liegen: normaler Stand der Nierenbecken; im Stehen photographiert: beide Nierenbecken in Höhe des vierten bis fünften Lumbalwirbels. 3. Nephroptosen mit gleichzeitiger Pyelo- bzw. Ureterektasie und Abnickung der Ureteren (Graviditätspyelitiden). Nieren- und Nierenbeckenaufnahme kombiniert: 1. stark vergrößerte käsig tuberkulöse Niere. 2. Steinniere mit doppeltem Nierenbecken. 3. Hypernephroma renis mit Kompressionsnierenbecken. Schwangerschaftsaufnahmen: Skelettschatten vom 10. bis 5. Monat inkl. Bei der Gravidität mens. V. zeitliche Fehldiagnose ausgeschlossen, da wegen Larynx-tbc. Abortus arteficialis ausgeführt. Appendixschatten, Appendektomie, normaler Appendix. Autoreferat.

● **Immelmann, Max, Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnorgane.** Bibl. d. physikal.-med. Techn. Bd. 5. Berlin, Meusser. 1913. VI, 86 S. u. 5 Taf. M. 1,15.

Das vorliegende Büchlein schildert zunächst ausführlich die einfache Röntgenphotographie von Niere, Uretergegend und Blase und führt als Hilfsverfahren für die Überwindung mancher diagnostischer Schwierigkeiten in erster Linie die Kollargol- und die Sauerstoffinjektionen in den Harntraktus an; daß beides ungefährlich sei, wird besonders hervorgehoben, ebenso wie die geringere Verwertbarkeit der Einführung von Metallsonden, Luft- und Wismutemulsionen. Das 2. Kapitel bespricht die Schwierigkeit der Diagnosenstellung sowie die möglichen Fehldiagnosen, deren Häufigkeit auf 3—6% angegeben wird, und bringt eine eigene Statistik über 3000 Aufnahmen mit 490 positiven Befunden von Steinschatten. Es schließen sich kurze Mitteilungen an über die Lageveränderungen der Nieren, ihre Form- und Größenveränderungen, über Ureteren- und Blasenanomalien sowie über die Tuberkulose der Harnorgane. Anhangsweise wird die Photographie der Prostatasteine sowie die therapeutische Bestrahlung der Prostatahypertrophie und die indirekt dem gleichen Ziel zustrebende Hodenbestrahlung mitgeteilt. Ein vollständiges Verzeichnis aller einschlägigen Arbeiten macht das Büchlein besonders wertvoll. 28 vorzügliche Reproduktionen von Röntgenogrammen des Harntraktus zeigen zur Genüge, was auf diesem Gebiete die Vakuumstrahlen in der Hand eines erfahrenen Röntgenologen zu leisten vermögen. Für eine kurze Orientierung eignet sich das Buch ausgezeichnet. *Kirstein* (Marburg).

Bonn, H. K., Phenolsulphonephthalein as a determinate of kidney function. (Das Phenolsulphonephthalein als Diagnosticum der Nierenfunktion.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 4, S. 154—161. 1913.

Subcutan injiziertes Phenolsulphonephthalein erscheint normalerweise im Verlauf von 2—11 Minuten im Harn. Bei intravenöser Injektion erschien die Färbung schon nach $2^1/_2$ Minuten, so auch in zwei Fällen mit ausgesprochenen Nierenstörungen. Bei Nierenstörungen subcutan injiziert ist das Präparat im allgemeinen innerhalb 15—20 Minuten im Harn nachweisbar. Ein Rückschluß auf die Funktionstüchtigkeit der betreffenden Niere kann nur auf Grund der quantitativen Ausscheidung des Präparates bindend geschehen. Die durchschnittliche ausgeschiedene Menge des Präparates beträgt innerhalb der ersten Stunde 39%, innerhalb der zweiten 17%. Bei gestörter Nierenfunktion waren in der ersten Stunde nur bis zu 24%, in der zweiten nur bis 10% ausgeschieden. Hieraus ist dann mit großer Sicherheit auf eine Funktionsstörung der betreffenden Niere zu schließen. *Hannes* (Breslau).

Behrenroth, E., und L. Frank, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Niere mit Hilfe der Phenolsulfophthaleinprobe. (*Med. Klin. Greifswald.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. Bd. **13**, H. 1, S. 72—83. 1913.

1. Gegenüber allen anderen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik verdient die Untersuchung mit Phenolsulfophthalein wegen ihrer Einfachheit wie Zuverlässigkeit

den Vorzug. 2. Während bei der Untersuchung normaler Nieren die in der ersten Stunde ausgeschiedene Farbstoffmenge die der zweiten um ein Beträchtliches übersteigt, werden in pathologischen Fällen die Farbstoffmengen gleich, oder die Ausscheidung in der zweiten Stunde ist sogar größer als die in der ersten. 3. Bei der Beurteilung einseitiger Nierenerkrankungen leistet das Phenolsulfophthalein gute Dienste, wenn man nach erfolgtem Ureterenkatheterismus die von jeder Niere in zwei Stunden ausgeschiedenen Farbstoffmengen in Betracht zieht. 4. Es lassen sich Nierenschädigungen nachweisen, die klinisch in bezug auf Eiweißausscheidung und morphologische Bestandteile keinen pathologischen Befund bieten. 5. Die Annahme, daß bei chronischer Nephritis außer der Schädigung der Niere auch eine Leberschädigung vorhanden ist, wird durch das Verhalten des Phenolsulfophthaleins wahrscheinlich gemacht. *Sulzer* (Nürnberg).

Mamma:

Albrecht, Zur Frage der inneren Sekretion der Mamma. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Vortr. kommt auf Grund seiner experimentellen Versuche zu dem Ergebnisse, daß eine frühzeitige operative Entfernung der Mamma bei jungen Lämmern keinen nachweisbaren Einfluß auf die Entwicklung der Tiere im ganzen, der einzelnen Organsysteme, insbesondere des Genitales, ebensowenig auf Eintritt und Verlauf von Brunst, Gravidität und Geburtseintritt hat. Es darf daher bei strenger Fassung des Begriffes der inneren Sekretion die Mamma nicht als innersekretorische Drüse aufgefaßt werden. Auch dürfen deshalb die Ergebnisse der Injektionsversuche mit Brustdrüsenextrakten nicht für die Annahme einer physiologischen inneren Sekretion der Mamma verwertet werden. Vortr. kam bei ausgedehnter experimenteller Nachprüfung der Injektionsversuche mit Brustdrüsenextrakten zu ähnlichen Ergebnissen wie Fedoroff, Adler, Schiffmann und Vystavell, bestehend in einer Hemmung der Ovarialfunktion, welche Vortragender auch beim Menschen nach Injektion von Mammin in Form von Ausbleiben der Periode auftreten sah. Ob es sich hier um spezifische Wirkungen der Brustdrüsenextrakte handelt, ist fraglich. Verschiedene Beobachtungen legen die Annahme einer auch anderen Organextrakten zukommenden toxischen Wirkung nahe. Es muß sich bei den in Betracht kommenden wirksamen Substanzen der Brustdrüsenextrakte um — in der funktionsfähigen, auch der nichtlactierenden Mamma — vorhandene Stoffe handeln, welche physiologisch nicht in den Kreislauf gelangen, nur bei besonders reichlicher Anhäufung während der Lactation resorbiert werden und dann die experimentell beobachtete hemmende Wirkung auf die Ovarialfunktion auszuüben vermögen (Lactationsamenorrhöe, Lactationsatrophie, Uterusatrophie bei Galaktorrhöe). Autoreferat.

Dufourt, Paul, Sécrétion mammaire consécutive à l'hystérectomie totale avec castration double. (Milchabsonderung nach Hysterektomie mit doppelseitiger Kastration.) (Soc. nat. de méd. de Lyon, séance 24. II. 1913.) Lyon méd. Bd. **120,** Nr. 18, S. 959—960. 1913.

Keine Schwangerschaft. Absonderung fing an am 14. Tage und dauert 3 Wochen. Colostrum. *Daels* (Gent).

Terrill, James J., Non-malignant retraction of the nipple. (Nichtmaligne Einziehung der Brustwarze.) Texas State journal of med. Bd. 8, Nr. 11, S. 300 bis 301. 1913.

Als Ursache kommen in Betracht schlechtsitzende Korsetts, Narbenschrumpfung nach eitriger Mastitis. Ferner sollen Quetschungen und Drücken der geschwollenen Mamma bei Kindern in den ersten Tagen nach der Geburt eine Einziehung der Brustwarze herbeiführen können. Auch Erblichkeit, Tuberkulose und Trauma kommen in Frage. *Wiemer* (Herne).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Seitz, Die Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Schlußwort. (*Univ.-Frauenklinik, Erlangen.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Seit die Thesen über das Abderhaldensche Dialysierverfahren aufgestellt wurden, sind 3 Monate vergangen und es sind in dieser Zeit verschiedene zustimmende Arbeiten (Schlimpert usw.) erschienen, so daß ich nicht mehr anstehe, dem Verfahren eine größere praktische Bedeutung und einen höheren Grad von Spezifität zuzuerkennen, als ich ursprünglich unter dem Einfluß entgegenstehender Befunde getan habe. Immerhin liegen auch jetzt noch aus verschiedenen Kliniken negative Resultate vor, und es kann daher die Frage noch nicht als völlig abgeschlossen betrachtet werden. Es wäre für die Lehre von der inneren Sekretion besonders bedeutungsvoll, wenn, wie Abderhalden in seinem groß angelegten Vortrage angekündigt hat, es sich bewahrheiten sollte, daß es mit dem Verfahren gelingt, auch spezifische Reaktionen nicht nur für Carcinom, sondern auch für Schilddrüse, Ovar, Thymus usw. zu gewinnen. Herr Lampé hat bereits einen Versuch an Basedowkranken gemacht und hat mit Schilddrüse immer, mit Ovar meist und mit Thymus häufig positive Resultate erhalten. Wenn weitere Erfahrungen diese Erhebungen von der weitgehenden Spezifität der Reaktion bestätigen, dann wäre die Lehre von der inneren Sekretion nicht nur einen Schritt, sondern meilenweit vorwärts gediehen. Von allgemeinen Gesichtspunkten ging Herr Schickele aus, der ähnlich wie Fellner fand, daß wehenerregende Substanzen nicht allein in dem Hinterlappen der Hypophyse, sondern auch im Vorderlappen, in der Schilddrüse (auch Mosbacher), im Ovar und anderen endocrinen Drüsen sich vorfinden; Schickele glaubt damit eine Spezifität der innere Sekrete ablehnen zu müssen. Ein solcher Schluß darf meines Erachtens bisher noch nicht gezogen werden. Wir sehen bei verschiedenen Organextrakten und Preßsäften ein und dieselbe Wirkung, ohne daß wir berechtigt sind, eine Spezifität der Substanzen auszuschließen. Am klarsten tritt das Verhältnis bei den in ihrer chemischen Konstitution bekannten inneren Sekreten, dem Adrenalin und dem Pituitrin zutage; das letztere ist in seiner chemischen Zusammensetzung wenigstens im großen und ganzen bekannt und steht dem B-Imidazolyläthylamin nach den Untersuchungen Fühners sehr nahe. Beide Substanzen bewirken eine Blutdrucksteigerung und lösen Kontraktionen des Uterus aus, wenn auch graduell in verschieden hohem Grade. Dagegen verengert das Adrenalin die Herzgefäße, das Pituitrin erweitert sie; umgekehrt erweitert das Pituitrin die Nierengefäße, das Adrenalin verengert sie. Wir sehen also bei zwei in ihrer Zusammensetzung ganz verschiedenen Körpern gleiche und zugleich ganz verschiedene Eigenschaften. Solange wir mit Körperextrakten und Preßsäften, die ein Mixtum compositum von unbekannter Beschaffenheit darstellen, arbeiten und nicht mit chemisch reinen Stoffen, ist die Deutung der Wirkungsart sehr schwierig und leicht irreführend. Wir werden daher erst weiterkommen, wenn es der physiologischen Chemie gelingt, die wirksamen Stoffe zu isolieren. Sehr beachtenswert in der Beziehung ist die Mitteilung von Neumann, der über ein ausschließlich im Corpus luteum vorhandenes Phosphatid berichtet hat, das Tieren eingespritzt eine Hyperämie und Vergrößerung des Uterus hervorruft. Die Untersuchungen von Novak über den Blutzuckergehalt lassen eine Vermehrung des Blutzuckers in der Schwangerschaft vermissen und er kommt daher mit Bergsma zu der Ansicht, daß die Schwangerschaftsglykosurie durch eine ungenügende Funktion der Nierenepithelien bedingt ist. Es wäre bedeutungsvoll, wenn es in Zukunft gelänge, durch die Untersuchungen des Blutzuckers die einfache Schwangerschaftsglykosurie von dem echten Diabetes mellitus zu trennen. Immer mehr lernen wir die große Bedeutung des Kalkes für den regelmäßigen Ablauf vitaler Vorgänge kennen. Die exakte Bestimmung des Kalkgehaltes des Blutes stößt auf große technische Schwierigkeiten und die im Blute festgestellten Mengen variieren wegen ihrer minimalen Quantitäten

innerhalb beträchtlicher Grenzen. Es ist daher die Frage trotz der sorgfältigen Untersuchungen von L. Adler und Kehrer noch nicht als abgeschlossen zu betrachten. Zweifellos spielt der Kalk eine sehr wichtige Rolle bei der Entstehung der Tetanie. Das geht schon aus der günstigen therapeutischen Beeinflussung der Tetanie durch Zufuhr von Kalk hervor. Es darf daraus aber noch nicht ohne weiteres der Schluß gezogen werden, daß die Tetanie gar nichts anderes als eine Kalkverarmung des Organismus ist. Die subtetanischen und latent tetanischen Zustände kommen in den letzten Monaten der Schwangerschaft und unter der Geburt viel häufiger vor, als man bisher geglaubt hat (Referent und Kehrer) und sie verdienen mehr Beachtung. An einer Identität von Eklampsie und Tetanie, die neuerdings von Sehrt in der Freiburger Klinik angenommen wird, zweifle ich so lange, als es bei der Eklampsie nicht gelingt, die für die Tetanie so charakteristische Steigerung der mechanischen und elektrischen Erregbarkeit der peripheren Nerven nachzuweisen. Systematische Prüfungen der galvanischen Erregbarkeit bei Eklampsie wären sehr wünschenswert. Sehrt hat bei 20 Frauen mit Metropathien die Blutgerinnung studiert und hat sehr häufig eine Verzögerung der Blutgerinnung und eine Lymphocytose gefunden und faßt die Fälle auf Grund dieser Befunde als abortive Formen des Myxödems auf. Eine solche Erkennung bisher unbekannter verkappter Myxödemformen wäre für unsere Therapie von größter Bedeutung, immerhin muß man gerade gegenüber der Deutung des Blutbildes skeptisch sein, da Lymphocytose sich auch bei Hyperthyreosen, bei gewöhnlicher Struma, bei persistierender Thymus u. a. Zuständen findet und auch die Methode der Blutgerinnung noch manchen Schwierigkeiten unterliegt. Über die klinische Bedeutung der Thymuspersistenz und der Hypoplasie des Adrenalinsystems haben Mansfeld und Vogt interessante geburtshilfliche Fälle vorgebracht. Über die Beeinflussung der Addisonschen Krankheit durch die Schwangerschaft läßt sich auch nach den Mitteilungen von Vogt noch kein klares Bild machen. Herr Mohr hat uns interessante Mitteilungen über die Beziehungen der Speicheldrüsen zu sexuellen Vorgängen und über die Veränderungen in der Schwangerschaft gemacht. Es scheint jedoch ebenso wie bei der Mamma, wie auch Herr Albrecht mit Recht betont, fraglich, ob es sich hier um Vorgänge der inneren Sekretion im engeren Sinne handelt. Es sind nur Einwirkungen durch die Schwangerschaft als solche und sind wohl ebenso zu deuten, wie die bekannten Hypertrophien der Schweißdrüsen in den Achselhöhlen und an anderen Körperstellen während der Schwangerschaft. Wir sehen im Experiment sowohl bei hypo- als auch bei hyperthyreotischen Zuständen, ferner nach Exstirpation von Corpus luteum und von Hypophyse Abortus eintreten, wir müssen daher an die Möglichkeit denken, daß die sonst nicht zu erklärenden Fälle von habituellem Abort auf solchen Zuständen, vielleicht auch auf einer pluriglandulären Schädigung endocriner Drüsen beruhen. Es wird die Aufgabe der Zukunft sein, durch genaue klinische und anatomische Beobachtungen und durch Vervollkommnung der biologischen und klinischen Untersuchungsmethoden das Dunkel, das noch vielfach über der Lehre der inneren Sekretion liegt, zu klären.

Autoreferat).

Mayer, A., Über die Serumanwendung in der Geburtshilfe und Gynaekologie. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Med. Korrespondenzbl. d. würtemberg. ärztl. Landesver. Bd. **83**, Nr. 18, S. 261—263. 1913.

Verf. beweist die Richtigkeit seines seinerzeit gemachten Vorschlages, Graviditätstoxikosen mit dem Blutserum gesunder Schwangeren zu behandeln, durch eine Reihe erfolgreich behandelter Fälle von Dermatosen, Herpes, Urticaria usw. Ist der Erfolg ein negativer, so handelt es sich entweder um eine zufällig aufgetretene Dermatose, oder das Serum ist nicht normal und es muß das Serum einer anderen Schwangeren angewandt werden. Gut beeinflußt werden auch Hyperemesis, Schwangerschaftsniere, Ikterus und besonders bei epiduraler Anwendung die Eklampsie. Die Eklampsie ist in Württemberg sehr selten. Bei den deshalb in geringer Zahl behandelten Fällen war indessen die Besserung meist eine so auffallende und schnelle, daß sie zur Weiterarbeit

auf diesem Wege ermutigt. Dasselbe gilt von der Eclampsia neonatorum. Verf. versuchte auch Wöchnerinnenserum, d. h. Rekonvaleszentenserum oder Serum von Wöchnerinnen, die, obwohl mit hämolytischen Streptokokken behaftet, anscheinend durch eigene Schutzkraft gesund blieben und beschreibt drei lehrreiche Fälle:

1. Allgemeine schwere Sepsis. Nach 2 Injektionen Besserung. Die begleitende Peritonitis ist indessen nicht aufzuhalten. 2. Sepsis mit Diarrhöen 2mal Rekonvalescentenserum von einer Puerperalfieberkranken. Besserung. 3. Koliämie mit Diarrhöen und Exanthemen. Serum von einer Kolipyelitis. Besserung. In allen Fällen besonders bemerkbar baldige Besserung des Allgemeinbefindens, Puls und Temperaturabfall, baldiger Nachlaß der Diarrhöen usw. Bei Pyämie erscheint das Serum wenig aussichtsreich, da es anscheinend an die in Thromben eingeschlossenen Keime nicht genügend herankommen kann.

Schwangerschaftsserum wurde noch bei schweren Anämien, Chlorosen versucht, besonders erfolgreich bei hochgradigster Blutleere einer Myomkranken, die dadurch erst der heilenden Operation zugeführt werden konnte. *Laubenburg* (Remscheid).

Drews, H., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei ausgedehnter halbseitiger Teleangiektasie und Varicenbildung mit lymphangiektatischer Elephantiasis. (*Städt. Krankenh., Charlottenburg.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. **17**, S. 779—780. 1913.

Beobachtung eines diesbezüglichen Falles bei einer 23jährigen I.-Para. Ausführliche Beschreibung der entsprechenden Veränderungen am Körper mit einer Abbildung. Mitteilung der Anamnese, des Geburts- und Wochenbettsverlaufes. Spontangeburt am normalen Termin. Im Wochenbett haben sich die Hautveränderungen nicht wesentlich verändert. Wichtig ist im Wochenbett die Prophylaxe gegen Thrombenbildung in den zahlreich erweiterten Venen (Hochlagerung des erkrankten Beines, sofortige Bewegung desselben unter gleichzeitiger Anregung der Zirkulation, frühzeitiges Aufstehen und Umhergehen). Mitteilung der einschlägigen Literatur. Allen publizierten Fällen ist die Zurückführung der Abnormität auf die Geburt, Zunahme in der Pubertät und nach Traumen gemeinsam. Die Ätiologie ist noch vollständig dunkel. Von ätiologischer Bedeutung ist wohl eine Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung. *Eisenbach* (Tübingen).

Funck-Brentano, L., L'obstétrique en 1913. (Die Geburtshilfe im Jahre 1913.) Paris méd. Nr. 22, S. 535—541. 1913.

Vorletzte Verhandlungen der Geburtshilflichen Gesellschaft von Frankreich: 1. Pathologie und Therapie der puerperalen Eklampsie. Ablehnung der in Deutschland beliebten operativen Entbindung. 2. Zukunft der Frühgeborenen. Beckenverengerungen dürfen nicht mehr Grund zur künstlichen Frühgeburt geben. Erbliche Belastung spielt eine große Rolle bei den später degenerierten Frühgeborenen. 3. Die puerperalen Thrombophlebitiden. 4. Salvarsan bei schwangeren Syphilitischen und Neugeborenen. Die Therapie hat oft Erfolg, ist jedoch manchmal gefährlich. Indirekte Einwirkung des Salvarsans durch Mutter oder Amme auf Neugeborene ist aussichtsreich. 5. Behandlung der Sterilität bei der Frau. (Nichts Neues.) — Verhandlungen des nationalen Kongresses für Gynaekologie, Geburtshilfe und Pädiatrie zu Lille: 1. Das maligne Chorionepitheliom. 2. Tumoren der Ovarien bei Schwangerschaft. *Mohr* (Berlin).

Cotret, E. A. René de, Lés devoirs du médecin auprès d'une parturiente. (Die Pflicht des Arztes gegenüber einer Gebärenden.) Union méd. du Canada Bd. **42**, Nr. 1, S. 31—41, Nr. 2, S. 69—79. 1913.

Betont die Notwendigkeit der Asepsis bei allen Handlungen, die an einer Gebärenden vorgenommen werden. *Wiemer* (Herne).

Turner, W. S., Responsibility of the obstetrician. (Verantwortlichkeit des Geburtshelfers.) (Ohio State eclect. med. assoc., meet. 14.—16. V. 1912, Columbus.) Eclect. med. journal Bd. **73**, Nr. 1, S. 29—32. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Clarke, E. D., The proper management of obstetrical work by the general practitioner. (Rationelle Behandlung geburtshilflicher Fälle durch

den Allgemeinpraktiker.) Providence med. journal Bd. **14**, Nr. 3, S. 99 bis 106. 1913.

Verf. weist darauf hin, in wie vielen Fällen die Gebärende noch durch die Hilfe des viel beschäftigten Praktikers, der so häufig mit eitrigen Dingen in Berührung komme, der Gefahr der septischen Infektion ausgesetzt sei. Er verlangt strengste subjektive Desinfektion und wenn möglich den Gebrauch steriler Gummihandschuhe. Er bespricht dann die allgemein bekannte Vorbereitung der Frau für die Geburt, die Behandlung der Sepsis, bei der er intrauterine Ausspülungen mit Kal. hypermangan. oder verdünnter Jodtinktur verwendet, die Blutungen nach der Geburt und die Eklampsie; prophylaktisch empfiehlt er bei letzterer Milchdiät, Diuretica, Eisen, künstliche Frühgeburt; bei ausgebrochnen Krämpfen manuelle Dilatation, Wendung, Extraktion mit sofort anschließender Placentarlösung. *Rittershaus* (Coburg).

Schwangerschaft:

Leroy, Arthur, Le diagnostic de la grossesse par le procédé du dialyseur. (Méthode d'Abderhalden.) (Die Diagnose der Schwangerschaft vermittels des Dialysierverfahrens. [Methode nach Abderhalden].) Paris méd. Nr. **23**, S. 568. 1913.

Die Abderhaldensche Methode beruht auf der Eigenschaft des Organismus, blutfremdes Eiweiß durch Auftreten von Schutzfermenten bluteigen zu machen. Vielleicht rühren diese Fermente von den Leukocyten her. Bei einer graviden Frau werden diese blutfremden Stoffe von den Chorionzotten gebildet, das Ferment ist also spezifisch, es kommt z. B. bei Trägerinnen von Myomen oder anderen Geschwülsten nicht vor. Die Technik ist folgende: In einen Dialysierschlauch, der für Peptone, Aminosäuren durchlässig ist, kommt 1 g Placentagewebe, das in bestimmter Weise vorbereitet ist und $1^1/_2$ ccm Serum. Außenflüssigkeit und Serum werden mit Toluol überschichtet und 16 Stunden im Brutschrank belassen. Dann werden 5 ccm der Außenflüssigkeit mit 2 Tropfen einer 1 proz. Ninhydrinlösung 1 Minute lang gekocht. Bei positivem Ausfall tritt Blaufärbung ein. Die Placenta wird mit der 5fachen Menge destillierten Wassers und 0,9 proz. physiologischer Kochsalzlösung 5 Minuten bis zur Ninhydrinfreiheit gekocht und dann in Toluol-Chloroform aufgehoben. Das Serum darf nicht hämolytisch sein, evtl. kann es inaktiviert werden. Auch für die Neurologie ist diese Reaktion schon von einigen Autoren nutzbar gemacht worden. *Heimann* (Breslau).

Brouha, Un cas de môle partielle. (Ein Fall von teilweiser Molenbildung.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 10, S. 254 bis 258. 1913.

Junge Frau mit zwei normalen Entbindungen. Zwei Monate nach der letzten Wiedereintreten der Regel, dann Sistieren derselben. In dieser Zeit völliges Wohlbefinden. Nach 4 Monaten ohne ersichtliche Ursache Abort, der spontan verläuft. Demonstration des Eies. Das Ei setzt sich zusammen aus einer Plazentarmasse von normalem Aussehen mit erhaltener Amnionhöhle, in der der 11 mm lange Embryo flottiert. Die andere Hälfte des Eies zeigt ausgesprochene Molenbildung. Der Embryo scheint längere Zeit abgestorben. Verf. nimmt an, daß das Ei nach 4—5 Wochen abgestorben ist, während die Schwangerschaft bis zum vierten Monat weiterging. In dieser Zeit soll sich die Blasenmole gebildet haben. Bei mikroskopischer Untersuchung ist die fortschreitende Entartung der Chorionzotten deutlich festzustellen. Als Ursache der Bildung der Blasenmole wird Syphilis ausgeschlossen, weil die Betreffende schon zwei gesunde Kinder geboren hat und auch selbst ebenso wie der Ehemann keinerlei Krankheitssymptome bietet. *Rath* (Hannover).

Dietrich, S., Zur Ätiologie der Hydrorrhoea amniotica. Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **37**, Nr. 18, S. 645—649. 1913.

Beschreibung eines typischen Falles von Hydrorrhoe, bei dem der erste Wasserabfluß im dritten Monat erfolgte, ohne äußere Veranlassung, schußartig. In den nächsten Monaten kontinuierlicher Wasserabgang, welcher zuerst aashaft stank. Drei Monate später starke Blutung, welche durch Wiederholung zur Einleitung der Frühgeburt führte. Die lebend geborene Frucht etwa aus der 26. Woche zeigte umfangreiche Narben an den Seiten, vom Kopf bis zu den unteren Extremitäten reichend. Interessant ist, daß die Frau in der vorangegangenen Schwangerschaft vom 7. Monate ab ebenfalls eine Hydrorrhoe gehabt hat.

In der Frage der Ätiologie des Krankheitsbildes lehnt Dietrich die Entzündungstheorie ab, da er das normale Zustandekommen der Gravidität für unvereinbar mit ihr hält. Vielmehr glaubt er, daß die umfangreichen Verwachsungen zwischen Amnion und Frucht durch Fruchtwassermangel in früher Schwangerschaftszeit entstanden sind. Dazu kommt dann eine plötzliche Vermehrung des Fruchtwassers, welche zu einer brüsken Zerreißung der Verbindung zwischen Frucht und Amnion führt, zugleich aber auch die Fruchtblase sprengt. Er hält es für wahrscheinlich, daß das Amniosepithel die Funktion von Drüsenzellen ausübt, wodurch die wechselnde Ausscheidung von Fruchtwasser bei Erkrankungen des Amnions zu erklären ist. Auf die Weise kann man sich auch vorstellen, daß das Hydramnios genügt, das pathologische veränderte Amnion zu zerreißen. *Frankenstein* (Köln).

Brouha, Deux cas de grossesse extra-membraneuse. (Zwei Fälle von Schwangerschaft außerhalb den Eihäuten.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 10, S. 250—254. 1913.

1. Fall: Seit dem 5. Monat Abfließen von Fruchtwasser und Blut. Einen Monat später Geburt. Foetale Mißbildungen an Armen und Beinen. Placenta marginata. Von den Eihäuten war nur ein geringer Rand vorhanden. 2. Fall: Im 4. Monat Abfließen von Fruchtwasser und Blut. 3 Monate später Geburt. Gleiche foetale Mißbildungen. Placenta marginata. Von den Eihäuten war sozusagen nichts mehr vorhanden. In beiden Fällen Wassermann negativ. *Daels* (Gent).

Mitchell, J. C., Death in utero. (Tod im Uterus.) Nation. eclect. med. assoc. quart. Bd. **4**, Nr. 3, S. 216—218. 1913.

Die Früchte können zu jeder Zeit in utero absterben und machen dann die bekannten Symptome entsprechend dem Stadium der Gravidität durch. Mitchell vertritt die Anschauung, daß die meisten Frauen heutzutage das Bestreben haben, nicht Mutter werden zu wollen. Aus den populären Büchern sind sie so gut belehrt über die Symptome, die erforderlich sind, die Einleitung eines Abortes resp. der Frühgeburt zu begründen, daß sie den Arzt damit zu dupieren suchen. Fehlen der Kindsbewegungen soll den Arzt niemals zum sofortigen Eingriff verleiten, auch wenn die Herztöne fehlen. Ist man aber von dem Tode der Frucht überzeugt, soll man noch einen zweiten Arzt zuziehen. Der Eingriff soll absolut gründlich gestaltet werden. — Es folgen 2 Fälle, in denen trotz scheinbar aufhörender Bewegungen nach Fall ausgetragen wurde. *Elten.*

Mühsam, Richard, Die Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität, zugleich Mitteilungen über eine lückenlose Serie von über 100 operativen Heilungen. (*Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Therap. d. Gegenw. Jg. 54, H. 5, S. 199—208. 1913.

Bericht über 145 Fälle, welche in 5 Jahren zur Beobachtung kamen. Besprechung der entzündlichen Ätiologie (Gonorrhoe, Puerperalfieber, Tuberkulose), der Altersverhältnisse, Geburtenzahlen, Einkindersterilität. Zur Differentialdiagnostik, die recht schwierig sein kann, empfiehlt er die Douglas - Punktion nach Beckentieflagerung, die Urobiblinprobe, die Zählung der Leukocythen. Die Douglas - Punktion wendet er auch bei Hämatocelen an und hält die Gefahr dieses Verfahrens für unbedeutend. 111 Frauen wurden im Kollaps eingeliefert, oft unter einer Fehldiagnose. Die Behandlung der Tubargravidität muß nach Stellung der Diagnose unbedingt operativ sein, selbst bei schwerem Kollaps ist unbedingt zu operieren. Mühsam geht per laparotomiam vor und unterwirft nur die vereiterte Hämatocele der vaginalen Incision. Die Bauchhöhle wird geschlossen, wenn nicht ungenügende Blutstillung eine Tamponade erfordert. (Von oben Mikuliczscher Beutel, von unten Handschuhtamponade.) Das in der Bauchhöhle befindliche Blut wird nicht entfernt, sondern alle Patientinnen post operationem in Beckentieflagerung gebracht, damit sich das Blut in den Douglas senken kann, aus dem es ev. nach einigen Tagen vom hinteren Scheidengewölbe aus entleert werden kann. Im ganzen hatte M. eine Mortalität von 9,5%; unter den letzten 108 Fällen hat er keinen verloren. Die weiteren Angaben über Nachbehandlung usw. bringen nichts Neues; die nicht betroffene Tube läßt er zurück, wenn sie nicht erkrankt ist. *Frankenstein* (Köln).

Hollaender, Eugène, Grossesse à terme développée dans une corne accessoire d'un utérus bicorne. (Ausgetragene Schwangerschaft im akzessorischen Nebenhorn eines Uterus bicornis.) (*École hongr. de sages-femmes, Kassa.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 4, S. 353—355. 1913.

Genaue Beschreibung eines diesbezüglichen Falles, dessen Diagnose sich vor der Operation durch Palpation des normalen Uterus, des zugehörigen Ligamentum rotundum und der Form des schwangeren Nebenhorns gestellt wurde. Die Schwangerschaft muß durch äußere Überwanderung entstanden sein, da eine kanalisierte Verbindung zwischen Uterus und Nebenhorn fehlte und das Corpus luteum im Ovarium der anderen Seite sich befand. Das nicht schwangere Uterushorn befand sich in gleichsinniger Schwangerschaftshypertrophie. Der Foetus war seit 2 Monaten abgestorben; eine Decidua war nicht abgegangen. Außerdem bestanden Verwachsungen zwischen dem schwangeren Nebenhorne und dem Appendix sowohl, wie auch dem Netz. Laparatomie, Abtragung des schwangeren Uterushornes, Heilung. *Frankenstein* (Köln).

Fellner, Otfried O., Herz und Schwangerschaft. Ber. 2. (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 594—610. 1913.

Fellner hat schon vor 10 Jahren den Nachweis geliefert, daß die Furcht vor dem Herzfehler als der ungünstigsten Komplikation der Schwangerschaft weit übertrieben ist. Nach der Literatur der letzten Jahre wird die Gefahr jetzt eigentlich unterschätzt, da man in neuerer Zeit dem Zustande des Herzmuskels zu wenig Beachtung schenkt. Der Streit um das Schwangerschaftsherz ist vielleicht noch älter als der um das Myomherz, wobei die Veränderungen des Herzens sowohl hinsichtlich der Größe als der muskulären Beschaffenheit diskutiert wurden. Für den ersteren Punkt wurden vollständig widersprechende Angaben und Ansichten bekannt; wichtiger ist aber für die Gefahr der Schwangerschaft die Strukturveränderung des Herzmuskels. F. fand am Ende der Schwangerschaft den Blutdruck etwas erhöht, wobei, wie zu vermuten ist, innersekretorische Organe, vielleicht die Placenta und die Nebennieren eine wichtige Rolle spielen. Andere Herzbeschwerden, die bei gesundem Herzen am Ende der Schwangerschaft auftreten (Kurzatmigkeit, Schlaflosigkeit, Ödeme) und die man unter der Diagnose „neurasthenische Herzbeschwerden" führt, gehören eher in das Gebiet des Hyperthyreoidismus und sind als eine Schwangerschaftstoxikose mit Vorherrschen der thyreoiden Symptome („Graviditäts-Basedow") aufzufassen. Seltener sind die Fälle von Hydrothorax, Hydroperikard oder gar von Lungenödem. F. konnte vier Todesfälle in der Schwangerschaft infolge von Herzleiden beobachten. Er glaubt, daß er seine frühere Ansicht, daß die Gefahr der Herzfehler nicht sehr hochgradig ist, nicht zu ändern braucht, hält es aber für sehr wichtig, dem Zustand des Herzmuskels besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Deshalb müssen als Richtpunkte für unser Handeln zwei Erfahrungen maßgebend sein: daß weniger der Klappenfehler als der Zustand des Herzmuskels für die Prognose entscheidend ist, und daß zweitens, was das Wichtigere ist, nicht die Schwangerschaft, wohl aber die Geburt, also auch die Frühgeburt, für das Herz gefährlich werden kann. Bei kompensierten Klappenfehlern ist ausschließlich dann Frühgeburt bzw. Abortus einzuleiten, wenn die Schwangere in der früheren Gravidität am Tode lag. Bei nichtkompensierten Fehlern ist die Beendigung der Schwangerschaft dann angezeigt, wenn die interne Therapie aussichtslos ist oder weitere Komplikationen, insbesondere Tuberkulose, Struma, chronische Nephritis, vorliegen. Alle überstürzten Geburten, insbesondere am Ende der Schwangerschaft, so vor allem die Extraktion nach der Wendung, sind zu unterlassen. *Bayer* (Köln).

Fellner, O. O., Herz und Schwangerschaft; Innere Sekretion. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Hinsichtlich des Thema „Herz und Schwangerschaft" möchte ich bemerken, daß mich die gegen die Annahme einer Herzdilatation in der Schwangerschaft geführten Beweise nicht überzeugen konnten und daß ich daher auf Grund der Obduktionsbefunde bei an interkurrenten Erkrankungen verstorbenen Schwangeren, die fast regel-

mäßig eine Herzdilatation aufwiesen, dann auf Grund aller früher angeführten Beweise, an einer solchen Herzdilatation festhalte. Auch hinsichtlich der Vermehrung der Blutmenge in der Schwangerschaft, welche der Ref. direkt ablehnt, möchte ich kurz bemerken, daß die Versuche von Fries diesbezüglich nicht beweisend sind, da es ja fraglich erscheint, ob die v. Behringsche Methode überhaupt für die Verhältnisse in der Schwangerschaft diskutabel ist. Andererseits liegt ja eine Arbeit von Zuntz aus dem Jahre 1911 vor, welche sich gleichfalls für die Vermehrung der Blutmenge in der Schwangerschaft einsetzt. Die akzidentellen Geräusche habe ich im Wochenbett auch an der sitzenden Patientin gefunden; es muß also neben der Herzverschiebung, die ich ja auch früher als Erklärung für einen Teil der akzidentellen Geräusche angenommen habe, noch eine weitere Erklärung gefunden werden. Bezüglich der Details der neuerlichen Statistik der Klinik Schauta und der Schlußfolgerungen, welche ich aus diesen Tatsachen ziehe, sei auf die im Maiheft der Monatsschrift erschienene Arbeit hingewiesen. Gegenüber Herrn Schickeles Versuchen möchte ich bemerken, daß mir die Versuchsanordnung nicht ganz einwandfrei erscheint. Ich glaube diese Versuche in einwandfreier Weise gemacht zu haben, indem ich Alkoholätherextrakte fast aus den gleichen Organen wie Herr Schickele auf den überlebenden Meerschweinchenuterus einwirken ließ (auch Injektionsversuche mit demselben Resultat wurden gemacht) und stets eine langdauernde, über $^3/_4$ Stunden währende Kontraktion des nicht schwangeren Uterus gesehen habe. Diese Versuche habe ich vor einem Jahre publiziert. Daß solche Versuche ergeben, daß wir es hier nicht mit der Wirkung eines spezifischen Produktes zu tun haben, darin stimme ich mit Schickele überein, und habe ich dieselbe Kritik schon seinerzeit an seinen eigenen Versuchen geübt; denn nebst der wirksamen, sicherlich ins Blut übergehenden Substanz, werden eine Unzahl von Beimischungen injiziert, die als Verunreinigungen aufzufassen sind und nicht ins Blut übergehen dürften. Es ist wahrscheinlich, daß die erzielten Wirkungen auf die Beimischungen, nicht auf den wirksamen Bestandteil zurückzuführen sind. Dabei habe ich mit reineren Extrakten als Herr Schickele gearbeitet, nämlich mit Alkoholätherextrakten. Der weiteren Schlußfolgerung des Herrn Schickele, daß solche Versuche imstande sind, die ganze Lehre von der inneren Sekretion der Organe zu stürzen, ist wohl nicht beizustimmen. Aus den eben erwähnten Gründen sind die Versuche nicht imstande, die Lehre zu stützen, aber sicherlich nicht, sie zu stürzen. Auf solche Versuche dürfen keinerlei Theorien aufgebaut werden. Erst wenn wir den wirksamen Bestandteil rein dargestellt haben, läßt sich über dieses Thema weiter reden. Autoreferat.

Dtsch. Ges. f. Gynaekol. **Opitz, Neue Beiträge zur Pyelitis gravidarum.** (*Univ. Frauenklin., Gießen.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Vortr. berichtet über systematische bakteriologische Untersuchungen des Blasen- und Nierenharns bei 160 Schwangeren. Es fanden sich Bakterien in fast $^2/_3$ der Fälle, jedoch nur in knapp $^1/_5$ der Fälle gleichzeitig Pyurie. Unter den Fällen mit Pyurie spielt das Bact. coli die hervorragendste Rolle. Im übrigen waren außerordentlich verschiedenartige Bakterien und selbst Hefen im Urin zu finden. 12 von den 160 Frauen hatten eine ausgesprochene Erkrankung an Pyelitis. In der gleichen Zeit wurden außerdem noch in früheren Monaten der Schwangerschaft vier weitere Fälle von Pyelitis in der Schwangerschaft beobachtet. Da in den Fällen, bei denen der Nierenharn steril war, sich zum Teil unter den Erscheinungen einer Cystitis dieselben Bakterien im Blasenharn fanden, wie sie sonst bei der Pyelitis auftreten, so zieht Vortr. daraus den Schluß, daß die aufsteigende Infektion für einen großen Teil der Fälle nicht streitbar sein dürfte. Die neueren Untersuchungen über den Austritt von Darmbakterien in die Lymphgefäße und ins Blut werden kritisch beleuchtet und der Schluß daraus gezogen, daß man wohl ein häufigeres Vorkommen eines solchen Überganges annehmen dürfe, daß aber nicht alle die bekannt gewordenen Untersuchungen einer strengen Kritik standhalten. Vortr. will deshalb die Möglichkeit einer absteigenden Infektion durch Vermittlung der Lymph- und Blutgefäße nicht in Abrede stellen, glaubt ihr doch aber für die Pyelitis

in der Schwangerschaft eine weniger große Rolle zuweisen zu müssen als der aufsteigenden Infektion, denn auch die cystoskopischen Untersuchungen haben gelehrt, daß durch die Schwangerschaft das Eindringen von Bakterien in den Harnleiter von der Blase aus beträchtlich erleichtert wird. Autoreferat.

Geburt:

Ertl, Franz, Klinische Versuche mit wehenanregenden Mitteln. (*Oberösterr. Landes-Frauenklin., Linz a. Donau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. **18,** S. 973 bis 975. 1913.

Untersucht wurden Pituitrin (Parke, Davis & Co.), Pituglandol (La Roche), Glanduitrin (Richter-Pest), Secacornin (La Roche) und Systogen (Zyma-Aigle). Letzteres, ein synthetisches Secaleersatzpräparat, früher unter dem Namen Tokosin, jetzt unter dem Namen Uteramin ausgegeben. Bei Wehenschwäche in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode bewähren sich Pituglandol ebenso wie Pituitrin und Glanduitrin. Wobei nicht zu vergessen ist, daß Pituglandol die doppelte Dosis gegenüber Pituitrin und Glanduitrin erfordert (1 ccm Pituglandol = 0,1 g Infundibularanteil, 1 ccm Pituitrin oder Glanduitrin = 0,2 g Drüsensubstanz). In gleicher Art wie die Drüsenpräparate wirkt auch in kleinen Dosen (bis höchstens 0,5 ccm) Secacornin, Systogen dagegen nicht. Beide jedoch sind sehr brauchbare Mittel bei Wehenschwäche in der Nachgeburtsperiode. *Fetzer* (Königsberg i. Pr.).

Young, W. J., A bimanual method of rectifying a face presentation. (Bimanuelle Methode zur Korrektur der Gesichtslage.) Brit. med. journal Nr. **2730,** S. 880. 1913.

IV. para. Kleines Becken, großes Kind. Gesichtslage, Kinn links vorn, Blase gesprungen, Kopf auf Beckeneingang, Muttermund teilweise erweitert. In linker Seitenlage Eingehen mit der linken Hand. Drehung des Kinnes nach rechts, damit Hinterhaupt nach links und so beide Hände gebrauchbar. Kinn mit dem linken Daumen nach oben, Hinterhaupt mit den hakenartig gebogenen Fingern nach unten gezogen. Druck mit der Faust von außen auf das Hinterhaupt. Scheitellage erzielt. Zange. *Mohr* (Berlin).

Unger-Brjanzewa, A., Haematom der Scheide und der äußeren Genitalien. (*Klin. gynaekol. geburtshilfl. Inst., St. Petersburg.*) Russkji Wratsch Jg. **12,** Nr. 14. S. 472 bis 475. 1913. (Russ.)

Mitteilung von 9 einschlägigen Fällen; darunter 4 Fälle von Scheidenhämatom, 3 von Hämatom der großen Labien, 2 von Hämatom des Ligamentum latum. 6 Frauen waren Erstgebärende, 3 Mehrgebärende. Alter 20—34 Jahre. In 4 Fällen fand sich Albumen im Urin. In einem Fall fanden sich Varicen an den Beinen. Bei einer Kreißenden wurde die Wendung und Extraktion ausgeführt (Hämatom des Lig. lat.), in 2 Fällen Zange (Hämatom des Lig. lat. und Vulvahämatom), in einem Fall Extraktion am Steiß, in 5 Fällen spontane Geburt. Dauer der Geburten 7—25½ Stunden. Die Kinder wogen 2290—4140 g. Entdeckt wurde das Hämatom nur in einem Fall unmittelbar nach der Geburt. Die Hämatome waren apfelsinen- bis faustgroß. 3 mal wurden sie eröffnet, die anderen brachen von selbst auf. Fieber bestand in sämtlichen Fällen. Die Hämatomhöhlen wurden mit Bor- oder Sublimatlösung (1 : 4000) gespült und locker tamponiert. 1 Fall von Hämatom des Lig. lat. endete letal (Septico-Pyämie). *Braude* (Berlin).

Mironowa, S. M., Zur Frage der wiederholten Uterusruptur während der Geburt. (*Obuchowschen städt. Krankenh., St. Petersburg.*) Russkji Wratsch Jg. **12,** Nr. 16, S. 531—533. 1913. (Russ.)

14jährig VII para. 1. Partus lebende Frühgeburt, 2. und 3. Partus tote Kinder. Beim 4. Partus spontane Uterusruptur ohne jede Voranzeige. Laparotomie ergab einen perforierenden Riß in der vorderen und einen nicht perforierenden der hinteren Uteruswand. Beim 5. Partus wurde 7 Stunden nach dem Wehenanfang wegen deutlichen Mißverhältnisses zwischen kindlichem Kopf und Becken und wegen beginnender Ausziehungserscheinungen der Kaiserschnitt gemacht; dabei fand sich oberhalb des Kontraktionsringes unter dem intakten Peritoneum ein 3 cm langer Riß mit Hämatombildung. Der Schnitt wurde etwas seitlich davon angelegt und ein Streifen Uteruswand dazwischen reseciert. Beim 6. Partus wurde eine Frühgeburt im 8. Monat eingeleitet. Das Kind starb bald darauf. Die letzte Geburt fing um 1 Uhr nachts an. Um 6 Uhr desselben Vormittags kam Patientin ins Krankenhaus. Äußere Untersuchung ergab platt rhachitisches Becken mit einer Conjugata vera von 7,5 cm. Uterusstand handbreit über dem Nabel. Unter dem Nabel eine schrägverlaufende Einschnürung. Wehen

fast tetanisch. Keine kindlichen Herztöne. Bevor noch eine innere Untersuchung vorgenommen werden konnte, schrie Patientin plötzlich auf, und vor den Augen der Verf. entstand das deutliche Bild einer Uterusruptur. Innere Untersuchung bestätigt diese Diagnose. Laparotomie in der alten Narbe. Totes Kind und Placenta in der Bauchhöhle. Unter der Plica ein Hämatom, das sich in beide Parametien erstreckt. Im unteren Uterinsegment ein querer perforierender Riß. Uterus durch Verwachsungen um seine Längsachse gedreht. Supravaginale Uterusamputation. Genesung. Makro- und mikroskopisch zeigt die Rupturstelle deutliche Entwicklung von Bindegewebe, Fehlen von Muskel- und elastischen Fasern und Zeichen von leichter Entzündung und Ödem. Aus dem Umstand, daß topographisch die jetzige Rupturstelle der Stelle der ersten Ruptur entsprach und aus dem Vorhandensein von Bindegewebe an der Stelle schließt Verf., daß der Riß in der alten Narbe entstanden war. Die Narbe vom Kaiserschnitt konnte weder makroskopisch noch mikroskopisch nachgewiesen werden. *Braude* (Berlin).

Utrobin, Ein Fall von Uterusruptur während der Geburt. (*Gebäranst., Sarapul.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 28, H. 4, S. 628—631. 1913. (Russ.)

VIII. para. Aufeinanderfolgende, starke Wehen. Plötzlich nach einer sehr heftigen Wehe vollständiger Stillstand derselben. Kleiner Puls, blasses Aussehen. Die Kindsteile direkt unter den Bauchdecken zu tasten. Die Gebärmutter fühlt man unten im Abdomen als einen Tumor. Klinische Diagnose: Ruptura uteri. Laparotomie. In der Bauchhöhle das geborene, ausgetragene, aber tote Kind. Im unteren Uterussegment ein unregelmäßiger Riß. Etagennaht desselben. Glatte Genesung.

Utrobin macht in diesem Falle auf folgende Momente aufmerksam: 1. die geringe innere und äußere Blutung, was durch gute Kontraktion des Uterus bedingt war; 2. die vollständige Entbindung des Kindes in die Bauchhöhle, was die Operation wesentlich erleichterte und 3. den spontanen Riß. Es lag hier keine derartige Beckenverengerung, daß der Kopf nicht passieren konnte, vor. Die Frau hat 7 lebende, ausgetragene Kinder geboren. *Ginsburg* (Breslau).

Couvelaire, Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré. (Chirurgische Behandlung von Blutungen, bedingt durch Placentalösung bei normalem und pathologischem Sitz derselben.) Journal d. sages-femmes 41, S. 241—244, 249—250 u. 257—259. 1913.

Zusammenfassung der Lehren und Methoden der französischen Schule. Unter chirurgischer Behandlung versteht der Verf. Hysterektomie und Hysterotomie. 1. Tiefer Sitz der Placenta. Nur Fälle schwerer Blutung. Dem chirurgischen Verfahren werden die geburtshilflichen Methoden, breite Eröffnung der Eihäute, Einführen eines Ballons von Champetier oder Wendung nach Braxton-Hicks vorgezogen. Statistiken mehrerer Anstalten Frankreichs. Nach Abzug der bereits hoffnungslos eingelieferten Fälle mütterliche Mortalität von etwa 4%. Die Hauptgefahr bildet nicht die Blutung, sondern Sepsis. Die hohe Kindersterblichkeit erklärt sich hauptsächlich aus der Unreife derselben. Bei Geburtshindernissen, mangelnder Dehnbarkeit des Collum, Infektion kommen die chirurgischen Methoden in Betracht und zwar Hysterektomie bei sicher oder wahrscheinlich infiziertem Uterus, oder wenn rasch gehandelt werden muß, transperitonealer Kaiserschnitt. Vaginale und suprasymphysäre Sectio wurden abgelehnt. 2. Normaler Sitz der Placenta. Wirklich schwere Blutungen, von denen allein hier die Rede ist, sind selten. Symptomatologie, Statistik. Das Bild der uteroplacentaren Apoplexie wird besonders hervorgehoben. Auch bei dieser Gruppe werden die geburtshilflichen Methoden bevorzugt, wenn sich der Muttermund leicht und schnell dehnen läßt. Andernfalls die chirurgischen Methoden und zwar klassische Sectio oder Hysterektomie, letztere besonders in den Fällen von blutiger Infiltration der Uteruswand. Die vaginale Sectio wird abgelehnt. *Schiffmann* (Wien).

Stroganoff, W., Einige Bemerkungen über den Artikel von Prof. Freund „Über Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen“. Arch. f. Gynaekol. 99, S. 448—453. 1913.

Der Verf. legt hier eingehend seine Ansichten über die Eklampsietherapie dar, indem er die von Freund zugunsten der aktiven Therapie angeführten Tatsachen, sowie dessen statistische Angaben kritisiert. Die wichtigsten Punkte sind folgende:

1. Kindersterblichkeit. Freund läßt dabei 24 Perforationen fort, ohne zu erwähnen, ob es sich um lebende oder tote Kinder handelte, und rechnet ferner alle Fälle von Wochenbetteklampsie mit, endlich spricht er nur von totgeborenen Kindern, während doch alle, die in den ersten Tagen des Wochenbetts sterben, mitzurechnen sind, denn es ist der Einfluß der Operation auch für diese Kinder in Betracht zu ziehen. In Wirklichkeit ist bei der Operations-Methode die Sterblichkeitsziffer der Kinder im Durchschnitte 21,4%, während Freund infolge Nichtbeachtung jener Faktoren auf 11,5%, der Verf. mit seiner konservativen Methode auf 12,2% kommt. 2. Zweifel berichtet nicht, wie Freund angibt, über 25, sondern über 35 Fälle von kombinierter Anwendung des Aderlasses und der Stroganoffschen Methode. Außerdem erwähnt er nicht, ob bei allen Fällen von primärem Aderlasse auch die Stroganoffsche Methode zugleich in Anwendung kam. 3. Verf. bestreitet entschieden, daß die prophylaktische Methode unbequem in der Anwendung ist, und beruft sich dabei auf seine Erfahrung, die sich über viele Hunderte von Fällen erstreckt. 4. Die in der Charité operierten Fälle geben eine große Mortalität (121: 21 = 17%), wovon 4,13% sicher der Operation zur Last fallen. 5. Freund nennt die narkotisierende Therapie unzuverlässig und wendet dabei selbst schon auf dem Transporte Pantopon an. Verf. wirft ferner Freund vor, daß er unrichtige oder ungenaue Zitate bringt. 6. Die Angaben von Bumm über die Resultate der prophylaktischen Methode können nicht maßgebend sein (dieser kommt zu 31,1% Mortalität), da die Zahl von 16 Fällen zu gering ist. 7. Es ist nach Ansicht des Verf. unrichtig, von „Betäubungstherapie" zu sprechen, da das Nachlassen sämtlicher Symptome und die Zunahme des Urins, namentlich aber das Verschwinden des komatösen Zustandes doch nicht dazu berechtigt, von „Betäubung" zu sprechen. 8. Wenn stets von erhöhtem Reiz als Ursache der Eklampsie gesprochen wird, so müßte doch gerade eine Therapie, die diesen Reiz verringert, eine rationelle sein. Freund spricht von dem erhöhten Reiz, und nennt trotzdem die Stroganoffsche Methode die unrationellste. 9. Die Forderung von Freund, daß die Entbindung spätestens 1 Stunde nach dem ersten Anfall stattfinden soll, ist fast unerfüllbar, außerdem ist häufig der erste Anfall nur von der Hebamme beobachtet. So kann es geschehen, daß man eine Kranke als eklamptisch forciert entbindet, die eigentlich Krämpfe aus einer ganz anderen Ursache hat, ferner daß man Kranke entbindet, die vielleicht, wie das sehr oft vorkommt, nur den einen, einzigen beobachteten Anfall hatten, und daß unter der Eile die Asepsis leidet. 10. In der Charité wurden bei 551 Fällen von Frühentbindungen Perforationen gemacht, in dem von Stroganoff geleiteten Institut bei 120 Fällen nur eine einzige Perforation bei mazeriertem Fötus. Verf. führt Zahlen an, aus denen er berechnet, daß die Mortalität sowohl der Mütter, als der Kinder bei der prophylaktischen Methode genau halb so groß ist, wie bei der operativen. Zum Schluß behauptet Verf., daß Freund sich überhaupt nur auf Vermutungen stützt, und das Tatsachenmaterial zu wenig berücksichtigt, und zitiert die Angaben von anderen Autoren, wie Roth-Leopold, Kapferer-Krönig, Zoeppritz, endlich Zweifel. Wenn letzterer fordert, daß mehrere hundert Fälle, die aus einer Klinik stammen, beisammen sein müssen, um ein abschließendes Urteil zu haben, so macht Verf. darauf aufmerksam, daß er und Krassowsky diese Forderung schon erfüllt haben. *Siefart* (Charlottenburg).

Engelmann, F., und L. Elpers, Über das Verhalten der Blutviscosität bei der Eklampsie sowie bei anderen Erkrankungen und Veränderungen des weiblichen Körpers. (*Städt. Frauenklin., Dortmund.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 9, S. 315 bis 323. 1913.

Die Bestimmungen der Viscosität (innere Reibung, Zähigkeit) des Blutes wurden ausgeführt mit dem Apparat von Heß, bei dem das subjektive Moment völlig ausgeschaltet ist. Während nun die Viscosität (η) bei gesunden, nichtgraviden Frauen nach Heß im Durchschnitt 4,22, nach Oehlecker 4,38 beträgt, fanden Engelmann und Elpers für Gravidae des 7.—10. Monats (29 Fälle) einen Durchschnittswert von 3,66, bei 70 Kreißenden 3,93, also eine Herabsetzung der Viscosität, die erst am 10. Tage

des Wochenbetts wieder auf 4,39 heraufging (55 Fälle). — Bei 11 Eklampsien, bei denen noch keinerlei Therapie angewendet war, war η im Durchschnitt 5,0, also um 40% gesteigert. Durch einen Aderlaß von ca. 560 ccm wurde η um 17% herabgedrückt. Noch intensiver wirkte der Aderlaß, wenn man damit eine Infusion von ca. 1—1,5 l Ringerscher Lösung kombinierte; η ging dann um ca. 33% herunter. Nach Infusion allein ohne Aderlaß nahm η um 25% ab. E. und E. untersuchten dann auch die Viscosität bei anderen Erkrankungen. Bei größeren Blutverlusten, z. B. Aborten, Myom, Tubargravidität war die Viscosität herabgesetzt, am stärksten bei einer schweren Myomblutung ($\eta = 2,6$, Hämoglobingehalt 22). Dagegen bewirkten gewöhnliche Blutverluste intra partum kaum eine Veränderung. Auch bei 6 Placenta praevia-Fällen war merkwürdigerweise η nur auf 3,73 herabgesetzt. Für den Neugeborenen ergab sich eine Erhöhung der Blutviscosität um mehr als die Hälfte gegenüber der des mütterlichen Blutes (5,8 : 3,7). Von differential-diagnostischem Interesse ist, daß bei entzündlichen Adnextumoren und Eiterungen (10 Fälle) $\eta = 5,45$, also wesentlich erhöht war, während die Extrauteringravidität (10 Fälle) immer eine Herabsetzung — $\eta = 3,73$ — zeigte. *Bischoff* (Düsseldorf).

Gibbons, R. A., A lecture on the etiology and treatment of puerperal eclampsia. (Ätiologie und Behandlung der Puerperaleklampsie.) Brit. med. journal Nr. **2730**, S. 865—871. 1913.

Vortrag über den derzeitigen Stand der Eklampsielehre. Die mütterliche Mortalität beträgt bei den bisherigen Behandlungsmethoden 20—25%, während Stroganoff bei 400 Fällen nur 6,6% hat. Bei der Differentialdiagnose kommen in Betracht: Cholämische Eklampsie, Epilepsie, Urämie, Coma aus verschiedenen anderen Ursachen, wie Apoplexie, Meningitis, Alkoholvergiftung und anderen akuten Vergiftungen. Die Priorität für die Erkenntnis der typischen Leberveränderungen bei Eklampsie wird Pelliet (1888) zugeschrieben, während Schmorl seine Befunde an 73 Fällen erst 1893 publizierte. Bei der Ätiologie wird speziell die Toxämietheorie behandelt, und zwar folgende spezielle Theorien: Zottendeportation und Syncytiotoxinämie nach Veit (1902), die placentare Endotoxintheorie (Freund u. a.), Störung des intermediären Stoffwechsels bzw. der Leberfunktion, Anaphylaxie, mammäre Toxämie (Sellheim), fötale Theorie. Bei letzterer ist die in Deutschland wenig bekannte Hypothese von Drennan erwähnenswert: Entziehung der mütterlichen Kalksalze durch den Foetus. Bei der Therapie werden erwähnt: die sofortige Entleerung des Uterus, die Verf. für die beste Behandlung hält, durch abdominalen oder vaginalen Kaiserschnitt, Totalexstirpation des Uterus, Nierendecapsulation, Mammaamputation, Lumbalpunktion, Trepanation des Schädels, Aderlaß, Hirudininjektion, Kochsalzinfusion, Lufteinblasung in die Mammae, Thyreoidextrakt in großen Dosen. *Semon* (Königsberg).

Tuley, Henry Enos, The toxemias of pregnancy. (Die Schwangerschaftstoxaemien.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet., Toledo, Ohio, 17. bis 19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 4, S. 740—754. 1913.

Nach Erörterung der allgemein bekannten Eklampsietheorien betont Verf. die Wichtigkeit der Stickstoffausscheidung im Urin; wenn der Stickstoff des Ammoniaks, der normal 3—5% des Gesamtstickstoffes beträgt, auf 10% und darüber steigt, soll ein gefahrdrohender Zustand vorliegen; das gleiche gilt vom Ansteigen des Blutdruckes, der nach der Entbindung wieder abfällt. Bei der Hyperemesis gravidarum kommt es zu Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme, allmählichem Temperaturanstieg, zunehmendem Kräfteverfall, nicht selten zum Exitus; im präeklamptischen Stadium zu mangelnder Urinausscheidung, Kopfschmerz, Ansteigen des Ammoniak-Stickstoffes und Sehstörungen; letztere fordern eine sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft, worauf totale Amaurosen in 10—14 Tagen schwinden können. — Die prophylaktische Behandlung besteht in Regelung der Diät, Bettruhe, Magenspülungen und in hartnäckigen Fällen in Schwangerschaftsunterbrechung. Im präeklamptischen Stadium 4—5 mal täglich 0,06 Kalomel. Während der Krämpfe

vorsichtig Chloroform; ferner Veratrum und Chloralhydrat. Bei weniger häufigen Krämpfen kommt man zur Geburtseinleitung mit Bougie, Kolpeurynter oder Einspritzung von Glycerin zwischen Eihäute und Uteruswandung aus; in dringenden Fällen Dührrsonsche vaginale Incisionen und Kaiserschnitt. Kochsalzinfusionen sind zunächst angesichts der gesteigerten Herztätigkeit und des erhöhten Blutdruckes nicht angebracht, freilich nach Blutentziehungen und größeren Blutungen in der Geburt nützlich. *Rittershaus* (Coburg).

Rübsamen, W., Weiterer Beitrag zur Schwangerschaftsserumtherapie der Schwangerschaftstoxikosen. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 20, S. 931—932. 1913.

2 Fälle von Schwangerschaftsdermatosen wurden durch einmalige Injektion von 20 resp. 10 ccm Schwangerenserum geheilt. Im einen Fall wurde intraglutäal injiziert, beim anderen findet sich keine Angabe über die Art der Injektion. *Zoeppritz.*

Kitner, O., Kaiserschnitt an der toten und sterbenden Frau. (*Alexandrows Zufluchtsheim, St. Petersburg.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **28**, H. 4, S. 539—562. 1913. (Russ.)

Autor berichtet über 6 Kaiserschnitte: 4 an toten und 2 an sterbenden Frauen. Unter den ersten befanden sich: 2 Eklampsien, 1 Myocarditis cordis, Oedema et Hyperaemia pulmonum und 1 starke Kypho-Skoliose. Operation 1—10 Minuten post mortem. Meistens mußte man mit nicht sterilen Instrumenten arbeiten. Kinder alle in mehr oder weniger schwerer Asphyxie geboren, alle aber wieder ins Leben gebracht. Die zwei Kaiserschnitte an Sterbenden betrafen Frauen mit schwerer Eklampsie. Kinder ins Leben gebracht. Mütter 2—4 Stunden nach der Operation gestorben. Kitner ist für eine Operation an der toten Frau in jedem Falle bei lebensfähiger Frucht. Schwerer ist die Indikationsstellung bei der Sterbenden. Sie muß in jedem Falle individuell sein. Der Moment des herannahenden Todes ist oft schwer festzustellen. Aber auch hier soll der Kaiserschnitt gemacht werden, die seltenen Fälle ausgenommen, in denen die Frau bei Bewußtsein ist und die Operation verweigert. Das Kind wird meistens gerettet, manchmal auch die Mutter. Der Kaiserschnitt muß nach allen Maßregeln der Asepsis vorgenommen werden, wie an der lebenden Frau. *Ginsburg.*

Torretta, Pierre, Deux anciens mannequins obstétricaux. (Zwei alte geburtshilfliche Phantome.) Paris méd. Nr. 22, S. XXI—XXV. 1913.

Eines aus Wachs, 23 cm lang, datiert von 1786, gehört der Sammlung von G. Garbonelli (Turino); das andere aus Elfenbein, 12 cm lang, datiert vom Ende des 16. oder Anfang des 17. Jahrhunderts und gehört der Sammlung von Capparoni (Rom). *Daels* (Gent).

Frank, Robert T., Contraindications to curetting. A clinical study. (Kontraindikationen der Curettage. Eine klinische Studie.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 16, S. 808—811. 1913.

Verf. nimmt Stellung gegen die allzu häufig ausgeführte Curettage durch den praktischen Arzt. Nach seinen Beobachtungen wird dieser Eingriff kritiklos bei Abortus, Blutungen und Infektionszuständen post abortum und post partum, Metrorrhagie und Menorrhagie, Endometritis mit Leukorrhöe und Sterilität vorgenommen. Seiner Ansicht nach bilden die Fälle von kriminellem Abortus überhaupt keine geeigneten Objekte für die Privatpraxis, sondern sollten den Krankenhäusern überwiesen werden; dadurch wäre der Arzt vor etwaigen gesetzlichen Unannehmlichkeiten am besten geschützt. Bei spontanem Abortus kann man meistens ruhig zuwarten, der Blutverlust ist selten gefahrdrohend; muß man eingreifen, so genügt die Uterustamponade, nach 12 Stunden gehen in der Regel die Chorionreste mit dem Gazestreifen ab. Ebensowenig ist die Curettage bei Blutungen post abortum nötig, da sich die zurückgebliebene Decidua bei nicht infizierten Fällen meistens spontan zurückbildet und die Blutung allmählich aufhört. Besonders schädlich ist die Anwendung der Curette bei Placentaretention oder Infektion post partum; im ersten Falle ist die digitale Entleerung am

Platze, im zweiten rührt das Fieber nur in den seltensten Fällen von retinierten Eiresten her. Besonders warnt Verf. vor der Curettage, wenn der geringste Anhaltspunkt für Extrauteringravidität besteht oder entzündliche Zustände im Parametrium oder an den Adnexen die Ursache der Blutung abgeben. Bei Endometritis mit profusem Fluor nützt die Curettage gar nichts; bei der Behandlung der Sterilität ist es wahrscheinlich die vorausgehende Dilatation, welche den etwa eintretenden Erfolg ermöglicht. Zum Schluß betont Verf., daß er nicht nur kein prinzipieller Gegner der Curettage ist, sondern in gewissen Fällen von Meno- und Metrorrhagie, prä- und postklimakterischen Blutungen diesen Eingriff, wenn nicht immer für kurative, so doch für diagnostische Zwecke für absolut geboten erachtet. *Hall* (Graz).

Veit, J., Zur Technik des Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 20, S. 713—717. 1913.

Der Kaiserschnitt ist heutzutage ein gefahrloser Eingriff geworden. Schauta empfahl, statt der komplizierteren Methoden des extraperitonealen Kaiserschnitts den klassischen Kaiserschnitt beizubehalten. Auch Veit hält, trotzdem auch die Resultate des extraperitonealen usw. Kaiserschnitts vorzügliche sind, wegen der Einfachheit der Ausführung des klassischen Kaiserschnitts, der auch unter Umständen in der Praxis von relativ ungeübten Operateuren ausgeführt werden muß, diesen für die Praxis für den geeignetsten. V. geht so vor, daß er in steiler Beckenhochlagerung den Uterus aus der Bauchhöhle herauswälzt ($^1/_3$ des Schnittes über, $^2/_3$ unter dem Nabel), Abdecken der Bauchhöhle durch Handtücher, querer Fundalschnitt, Heraufdrängen des entleerten Uterus durch einen Assistenten, so daß der Fundusschnitt oberhalb des Bauchschnittes liegt. Entfernung der Placenta. Naht mit Seide, sero-seröse Catgutnaht darüber. Versenken des Uterus unter Anheben der Wundränder. Eine starke Vorwärtsbeugung des Uterus ist zu vermeiden, da V. in einem Falle eine Zerreißung desselben erlebte. Auf diese Weise kann man den Uterus entleeren, ohne daß eine Spur seines Inhaltes in die Bauchhöhle fließt. 40 mal wurde so mit gutem Erfolge für die Mutter operiert. *Hohl* (Bremerhaven).

Dubrisay, Louis, Deux cas de délivrance artificielle après une injection de seigle ergoté. (Zwei Fälle von künstlicher Placentalösung nach Injektion von Secale cornutum.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** S. 100 bis 102. 1913.

1. 32 Jahre. II. para, I. Partus forceps, mit septischen Erscheinungen im Wochenbett. Nach Wehenschwäche (1 Stunde!) Entbindung mit Zange. Da nach $^1/_4$ Stunde die Nachgeburt sich nicht löste und etwas Blut ausfloß, subcutane Injektion von Secale. 6 Stunden später mußte Autor in 1stündiger Narkose die Placenta lösen bei Krampf des Muttermundes und Kontraktionsring im rechten Uterushorn rings um die Nachgeburt. — 2. Kreißende, bei der wegen Schulterlage Wendung gemacht worden. Der Kopf saß im Uterus fest. Zerstückelung des Foetus ohne Erfolg. Subcutane Ergotineinspritzung. Bonnaire löste dann mit großer Mühe Haupt und Placenta aus dem Uterus. Exitus infolge Infektion. Secale darf nur nach Entleerung des Uterus angewandt werden. *Mohr* (Berlin).

Wochenbett:

Bamberg, Karl, Zur Physiologie der Lactation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation. (*Kais. Auguste Viktoria-Haus, Charlottenburg.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **6,** H. 5/6, S. 424—438. 1913.

Die Untersuchungen des Verf. betreffen den Gehalt der Milch an Fett, Stickstoff, Zucker, Asche und Kalk mit Rücksicht auf die Fragen, ob bei hoher Milchproduktion die Zusammensetzung der Frauenmilch die gleiche bleibt oder sich innerhalb gewisser Grenzen ändert, ferner welchen Einfluß die Menstruation hat. — Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die chemische Zusammensetzung der Milch, die ja gewissen individuellen und auch von der Lactationsperiode abhängigen Schwankungen unterworfen ist, bei derselben Frau eine auffallend konstante bleibt, mag auch ihre Milchmenge durch entsprechende Maßnahmen aufs höchste gesteigert werden. Es gilt das we-

nigstens für Eiweiß, Fett, Zucker, Gesamtasche und Kalk. Die Steigerung der Milchmengen führt also nicht zu einer minderwertigen Milch; vielmehr erhalten alle Säuglinge eine gleich zusammengesetzte bzw. nur in geringen Grenzen schwankende Nahrung. Von den Müttern zeigten nur jene eine Gewichtsabnahme, die fieberhaft an einer Mastitis erkrankt waren. Bei sämtlichen anderen war Gewichtsstillstand oder mäßige Zunahme vorhanden bei mittlerer bis reichlicher körperlicher Arbeit. Ungefähr 2800 Calorien decken den Bedarf einer stillenden Frau selbst für den Fall, daß sie nicht nur 1, sondern 2 Kinder anlegt. Einen Einfluß der Menstruation auf die Lactation konnte Verf. ebenfalls nicht feststellen. Weder das klinische Verhalten der angelegten Kinder rechtfertigte die Annahme einer Veränderung der Milch, noch ergab die Analyse quantitative Veränderungen oder Störungen in der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch in bezug auf Eiweiß, Fett, Zucker und Asche.

Harm (Dortmund).

Opitz, Kann die Milch der eignen Mutter dem Säugling schädlich sein? (*Univ. Frauenklinik, Gießen.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol., Halle a. S. 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Vortragender berichtet kurz über die in der deutschen und ausländischen Literatur herrschende Anschauung über die Möglichkeit einer Schädigung durch die eigene Muttermilch. Er glaubt, daß ein solches Ereignis wohl sehr selten vorkommt, daß aber die Möglichkeit einer Schädigung des Kindes sowohl durch chemisch nachweisbare Veränderungen, wie durch solche, bei denen eine chemische Veränderung der Milch nicht festzustellen ist, vorkommt.

Vortr. berichtet dann über 2 Fälle. Im ersteren wurde augenscheinlich der Säugling durch die Milch seiner Mutter, die an chronischer Oophoritis litt, schwer geschädigt. Heilung nach Absetzen. Der zweite Fall betrifft eine ganz merkwürdige Beobachtung von einer Frau, die hintereinander 5 Kinder, trotz sorgfältigster Pflege, an einer Darm- bzw. Bronchialinfektion verloren hat. In der Milch der Frau ließen sich massenhaft Streptokokken nachweisen mit sehr ausgesprochener Phagocytose, auch bei den letzten Portionen der aus der Brust abgesaugten Milch. Diese war für Mäuse ausgesprochen violent. Das letzte Kind der Frau wurde in der Klinik geboren, von der Mutter nicht genährt und gedieh an der Ammenbrust 10 Wochen ausgezeichnet, um dann nach kurzer Erkrankungsdauer ohne Fiebererscheinungen plötzlich zugrunde zu gehen. Die Sektion konnte außer einer schweren fibrösen Bronchitis keine weitere Erkrankung des Kindes nachweisen. In dem Inhalt der Bronchien fanden sich in dem mikroskopischen Befund zahlreiche Streptokokken, ebenfalls mit sehr lebhafter Phagocytose. Eine Erklärung des Falles ist nicht mit Sicherheit zu geben. Vermutlich handelt es sich um eine Injektion durch an der Mutter ständig vorhandene, für das Kind schädliche Streptokokken.

Vortragender lehnt ausdrücklich eine Verallgemeinerung derartiger Beobachtungen ab und glaubt, daß entsprechende Fälle im Verhältnis so selten sind, daß ihnen gegenüber Bedenken gegen die Brusternährung so gut wie niemals gerechtfertigt werden können.

Autoreferat.

Gavin, W., On the effects of administration of extracts of pituitary body and corpus luteum to milch cows. (Von der Wirkung von Hypophysen- und Corpus-luteum-Extrakten auf Milchkühe.) Quart. journal of exp. physiol. Bd. **6**, Nr. 1, S. 13—16. 1913.

Verf. sah durch Versuche bestätigt, daß unter gewöhnlichen Milchfarmverhältnissen die Verabreichung jener Extrakte an Kühe, weder per os, noch subcutan, noch intravenös gegeben, Quantität oder Qualität der Milch günstig beeinflußte. Bei Injektion von Hypophysenextrakt erfolgte manchmal eine verstärkte Ansammlung von Milch im unteren Teile des Euters ohne Veränderung von Quantität und Qualität im ganzen.

Mohr (Berlin).

Schäfer, E. A., On the effect of pituitary and corpus luteum extracts on the mammary gland in the human subject. (Über die Wirkung von Hypophysen- und Corpus-luteum-Extrakten auf die menschliche Brustdrüse.) Quart. journal of exp. physiol. Bd. **6**, Nr. 1, S. 17—19. 1913.

28jährige II. para. Abnahme der Milch im 5. Monat des Stillgeschäftes. Intramuskuläre Injektionen von 1—1,5 ccm Hypophysenextrakt (1 ccm = 0,2 g vom frischen Hinterlappen),

viermal mit Intervall von 2—3 Tagen. Plötzliches Anwachsen des Milchflusses mit prickelndem Gefühl ohne dauernden Erfolg. Intramuskuläre Injektion von 2 ccm Corpus-luteum-Extrakt ergab etwas längere, aber sehr schwache Wirkung.

Wie bei der Kuh, scheint auch bei dem Menschen die Brustdrüse durch jene Extrakte nicht zu stärkerer Leistung angeregt zu werden. *Mohr* (Berlin).

Jeannin, Cyrille, Les phlébites utéro-pelviennes des femmes en couches. (Die Venenentzündung des Uterus und Beckens bei frischentbundenen Frauen.) Paris méd. Nr. 22, S. 547—552. 1913.

Jeannin verbreitet sich über die Venenentzündungen, die bei Frischentbundenen durch Thrombosen der Uterusgefäße entstehen und dann mehr oder weniger weit auf die Beckenvenen übergreifen. Nach einer kurzen Pathogenie, in der J. die ursächlichen Momente klarlegt, gibt er eine ausführliche klinische Studie über das in letzter Zeit wieder mehr in den Vordergrund getretene Krankheitsbild. Er bespricht die atonische oder aseptische Thrombose der Uterus- und Beckenvenen und ihre Erscheinungen und in zweiter Linie die viel wichtigeren infektiösen Thrombophlebitiden im Puerperium. Genauere Untersuchungen hat er dem Fieber, den Schüttelfrösten, dem Puls gewidmet, ferner den durch solche Thrombosen bedrohten Brustorganen. Er weist auf die von Heidemann schon beschriebenen seitlich des Uterus empfundenen Schmerzen hin und auf die Möglichkeit, die thrombosierten Venen durch die bimanuelle Untersuchung festzustellen. Für die atonische Thrombose ist Bettruhe ausreichend, aber so lange zu beobachten, bis der Puls wieder vollkommen normal ist. Bei der infektiösen Thrombose könnte man, um das Übergreifen der Infektion auf den ganzen Organismus zu verhüten, an die von Trendelenburg und Bumm vorgeschlagene Unterbindung der thrombosierten Venenäste denken. Diese Operation, bis Oktober 1912 in 82 Fällen ausgeführt, hat 33mal zur Heilung geführt; man kann also über diese Methode, der man die Berechtigung nicht absprechen kann, noch kein endgültiges Urteil fällen. *Bayer* (Köln).

McDonald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 9. Puerperal infection from the gonococcus. With report of a case of death from gonococcus puerperal infection and a resume of 17 previously reported cases. (Puerperale Infektion durch Gonokokken. Bericht über einen Todesfall infolge puerperaler Gonokokkeninfektion und über 17 früher mitgeteilte Krankheitsfälle.) Americ. med. Bd. 19, Nr. 3, S. 177—180. 1913.

25jährige Primipara; spontane Geburt nach 4stündiger Wehentätigkeit. Am 7. Tage Schmerzen, Exsudat im Becken und klinisches Bild der Peritonitis; Exitus am 9. Tage. Aus den Lochien wurden Gonokokken in Reinkultur gezüchtet. Autopsie: beiderseitige Pyosalpinx, Peritonitis mit Eiterherden über das ganze Peritoneum zerstreut; eitrige gonorrhoische Endometritis. Aus dem Eiter nur Gonokokken züchtbar.

Solche schweren Infektionen sind selten, aber Verf. hält die Infektion mit Gonokokken im Puerperium für viel häufiger, als allgemein angenommen wird und stützt seine Ansicht auf 17 früher beobachtete Fälle von Puerperalfieber, bei welchen die Krankheitserreger in über 10% der Fälle zweifellos Gonokokken waren. Charakteristisch für diese Fälle ist die Umwandlung der blutigen Lochien in einen rahmig-eitrigen Ausfluß; ein Zeichen vom Weitergreifen der Gonokokkeninfektion auf die Uterusschleimhaut. Therapeutisch spielt die Prophylaxe die größte Rolle; am zweckmäßigsten sind vaginale Ausspülungen mit Chlormetakresol vor und nach der Geburt. Verf. machte die bemerkenswerte Beobachtung, daß die Mehrzahl der Kinder, welche von Müttern mit puerperaler Gonokokkeninfektion gestillt wurden, an teils sehr schweren Verdauungsstörungen litten; bei Ammenwechsel besserte sich das Befinden. *Hall.*

Suggs, L. A., Treatment of a septic uterus. (Behandlung des septischen Uterus.) Texas State journal of med. Bd. 8, Nr 10, S. 270—272. 1913.

Verf. betont unter den Erregern der Sepsis den Staphylococcus pyogenes, der mit den an das Bakterium gebundenen Proteiden oder Endotoxinen und den freien Ektotoxinen Leukotaxis und starke Eiterung hervorruft, Gewebe einschmilzt, Hitzezentrum, Zirkulation und Verdauung stört. Der Streptococcus pyogenes wirkt, weniger Eiterung

hervorrufend, als Pionier des ersteren. Der Gebrauch der Curette ist zu verwerfen. Wertvoll ist Dauerspülung mit einer gesättigten Borlösung und 50—70% Alkohol, der durch Wasseraufnahme auf endosmotischem Wege Bakterien und Toxine aus den Geweben zieht. Zur Spülung dient ein Nelatonkatheter mit Gazeumwicklung. *Mohr.*

Aubert, L., Le traitement de l'avortement septique. (Zur Therapie des septischen Abortes.) Schweizer. Rundsch. f. Med. Bd. **13,** Nr. 15, S. 619—631. 1913.

Historische Zusammenstellung der Anhänger und Gegner der Curette und der Vertreter der konservativen und radikalen Therapie des septischen Aborts seit 1878, wo die durch Boeters, Mundé, Fehling, Auvard, Dührßen inaugurierte Aera der „Interventionisten" begann. Verf. berichtet über ein nach klinischen Gesichtspunkten geordnetes Material von 251 septischen Aborten: I. Gruppe: Aktiv behandelter septischer Abort (Curettage, digitale Ausräumung) 236 Fälle. II. Gruppe: Spontaner Abort, 15 Fälle. Gruppe I teilt Verf. je nach der Fieberdauer in 6 Kategorien und vergleicht die Mortalität seiner Statistik mit jener von Patek, welcher bei 377 aktiv behandelten septischen Aborten 5,6% Mortalität angibt, Kasashima bei 59 Fällen 3,4%, Schottmüller bei 21 Fällen 5%, Björkenheim bei 156 Fällen 6,4%, Bondy bei 92 Fällen 10%, Winter bei 63 Fällen 15,9%, Lamparsky 6,25%, Kroemer 7,3%, Verf. bei 139 Fällen 6,4%. Resumé: Je frühzeitiger beim septischen Abort ausgeräumt wird, desto günstiger gestaltet sich die Prognose. Nach dem 3. Monat möglichst digitale Ausräumung. Die Curettage ist kontraindiziert, wenn die Infektion längere Zeit zurückliegt und nicht mehr auf das Uterus cavum beschränkt ist, sondern auf dem Blut- bzw. Lymphweg vorwärts geschritten ist. Die bakteriologische Untersuchung des Uterusinhaltes, der Nachweis von hämolytischen oder nicht hämolytischen Streptokokken ist für die Therapie des septischen Abortes in der Praxis nicht durchführbar und belanglos. *Franz* (Nürnberg).

Foetus und Neugeborenes:

Dervieux, Sur la viabilité des nouveau-nés. (Von der Lebensfähigkeit der Neugeborenen.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 18, S. 364—366. 1913.

In seiner Abteilung der Charité in Paris beobachtete Tissier ein weniger als 6 Monate altes Neugeborenes, das mehr als 2 Monate lebte. Die Mutter war nicht verheiratet und kohabitierte das erste Mal den 14. Juli. Ihr Kind wurde am 4. Januar geboren. In den Statistiken von Budin und Maygrier findet man ein vor dem 6. Monat geborenes Kind, das 650 g wog und ungefähr einen Monat lang lebte. Leclerq (Lille) sah ein Neugeborenes, das 670 g wog und eine Länge von 25 cm hatte, 21 Stunden leben. Gesetzlich haben diese Tatsachen eine große Bedeutung. Der jetzige französische Codex nimmt als Grundsatz an, daß die Tragezeit nicht mehr als 300 Tage und nicht weniger als 180 haben soll. Ein Kind ist nur von dem 6. Monat der Schwangerschaft an gesetzlich lebensfähig. Nimmt man an, daß ein vor dem 300. Tag abgereister Mann weniger als 180 Tage vor der Geburt eines oben erwähnten Kindes zurückkommt, so könnte er nach dem Gesetz sein eigenes Kind ableugnen. Was würde die Mutter beweisen? Soll man ein solches Kind auf dem Zivilamt einschreiben? Kann es erben? Viele Fragen ohne Antwort. Wissenschaftlich ist ein vor dem 6. Monate der Schwangerschaft geborenes Kind lebensfähig. Gesetzlich nicht! Es fragt sich also, ob man das Gesetz hierüber modifizieren soll. *R. Chapuis* (Genf).

Carpenter, Howard Childs, and J. Claxton Gittings, The coagulation time of blood in infants and children. (Gerinnungszeit des Blutes bei Säuglingen und Kindern.) Americ. journal of dis. of child. **5,** S. 1—17. 1913.

Als Apparat, der am meisten die verschiedenen Fehlerquellen bei der Koagulationsbestimmung zu vermeiden schien, wurde der von Biffi gewählt. Dieser besteht im Prinzip aus einer zum Teil mit warmem Wasser gefüllten Glasflasche, in welches mit Blut beschickte Platinschlingen in bestimmten Intervallen eingebracht werden. Die Gerinnung wird als vollendet angesehen, wenn der Blutstropfen sich nicht mehr im

Wasser auflöst. Im Durchschnitt ergab sich eine Gerinnungszeit beim gesunden Kind von 9,4 Minuten, beim kranken von 9,7, für männliche und weibliche Kinder von 8,5 Min. resp. 9,7 Min. Die für Kranke gegebenen Zahlen beruhen auf zu wenig zahlreichen Beobachtungen, als daß ihnen Allgemeinwert zugesprochen werden kann. Bei aktiven Tuberkulosen betrug die Gerinnungszeit 11,5 Min., bei einem Nephritisfall verlängerte sie sich auf 15 Min., bei einem Skorbut verkürzte sie sich auf 15 Min. Hämorrhagische Diathesen und Blutkrankheiten kamen im übrigen nicht zur Untersuchung. *Risel.*[K]

Neter, Eugen, Für und wider die moderne Belehrung über Säuglingspflege. Zeitschr. f. Säuglingssch. Jg. 5, H. 4, S. 151—156. 1913.

Verf. erörtert die Frage, ob bei dem modernen Streben, die jungen Mütter über Kinderpflege und Erziehung zu belehren, nicht auch durch ein zu viel geschadet werden könnte. Man sollte meinen, daß der natürliche Instinkt der Mutter das Richtige in den meisten Fällen treffen werde. Daß dem nicht so ist, beweist Verf. durch das Anführen zahlreicher durch die Tradition geheiligter Mißbräuche bei der Kinderpflege. Er kommt zu dem Schluß, daß eine vernünftige und zweckmäßige Belehrung wertvollen Nutzen bringt. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Pouliot, L., Une petite remarque à propos de l'ektogan. (Eine kleine Bemerkung über Ektogan.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21**, S. 113. 1913.

Der aus Zinkperoxyd bestehende Puder Ektogan kann dadurch, daß er den Stuhl der Säuglinge in den Windeln durch Oxydation der Gallenfarbstoffe grün färbt, Gallenfarbstoffe und Verdauungsstörungen vortäuschen. *Becker* (Bonn).

Delherm, Lecture du travail de candidature du Docteur Jean Pozier, Étude radiographique de l'ossification du genou chez le nouveau-né. (Röntgenologische Untersuchungen über die Ossification des Knies beim Neugeborenen.) Bull. off. de la soc. franç. d'électrothérap. et de radiol. Jg. **21**, Nr. 1, S. 9—10. 1913.

1. Jedes Kind mit 2 Ossificationspunkten im Femur und Tibia und einem Gewicht von 2700 g oder mehr und einer Länge von 47 cm oder darüber ist ausgetragen. 2. Jedes Kind mit 2 Ossificationspunkten (Femur und Tibia), einem Gewicht von 2600 g oder weniger, Länge 44 oder darunter, oder mit nur einem Ossifikationspunkt (Femur), Gewicht über 2800 g, Länge 44 cm oder weniger ist ausgetragen oder nahezu ausgetragen. 3. Jedes Kind mit 2 Ossificationspunkten hat mindestens $8^1/_2$ Monate in utero gelebt. 4. Jedes Kind, das weniger als 2500 g wiegt und keinen Ossificationspunkt zeigt, ist nicht reif. Von Krankheiten scheint nur die Syphilis die Ossification zu verzögern. *Wiemer* (Herne).

Fitch, Alice Lyon, Eclampsia, infantile convulsions. (Eklampsia infantum. Krampfzustände bei Säuglingen.) Nation. eclect. med. assoc. quart. Bd. **4**, Nr. 3, 236—237. 1913.

Krampfartige Anfälle, ähnlich den epileptischen, sind bei Kindern häufig. Ätiologie: 1. Allgemeine Schwäche bei gastrointestinalen Störungen. 2. Periphere Reize. Dentition bei schwächlichen Kindern, Diätfehler, Ptomainintoxikation, Phimosis und Otitis. 3. Rachitis. 4. Infektionskrankheiten: die Krämpfe der Säuglinge entsprechen den Schüttelfrösten der Erwachsenen 5. Blutüberfüllung des Gehirns, z. B. bei Keuchhusten. 6. Krankheiten des Nervensystems (Hemiplegie durch Geburtstrauma, Meningitis, Encephalitis. Die Krampfanfälle sind selten letal endigend, außer bei sehr geschwächten Kindern, bei großer Häufigkeit der Anfälle und Hydrocephalus mit langdauernden Diarrhöen. Prognose bei sonst gesunden Kindern gut, schlecht bei herabgekommenen und rachitischen und an chronischer Diarrhöe leidenden. Ohne erkennbare Ursache sich nach dem zweiten Lebensjahre unregelmäßig wiederholende Anfälle bei anscheinend gutem Gesundheitszustand entpuppen sich meist als echte Epilepsie. Therapie der Ätiologie entsprechend. Bei den Anfällen Chloroform, Bäder von 28° R; nach dem Anfalle Eisblase auf dem Kopfe; bei Rachitis und Darmirritation kleine Opiumdosen. Bei Wiederauftreten der Anfälle nach der Chloroformnarkose

Opiate, Chloral oder Amylnitrit. Später Bromide, besonders bei längerer Zeit hindurch sich wiederholenden Anfällen. Bei Rachitis Hebung des allgemeinen Zustandes *Hall.*

Franz, R., Serum therapy in melaena neonatorum. (Serumtherapie bei Melaena neonatorum.) Med. rev. **16,** S. 198—200. 1913.

An der Hand von 5 Krankengeschichten weist Franz auf die Vorteile der Serumtherapie bei Melaena neonatorum hin. Die Kinder waren alle schnell ohne Geburtstrauma zur Welt gekommen. Auch bestand keine hereditäre Hämophilie. Auffallend war, daß zur Zeit einer Anginaepidemie mehrere Fälle von Melaena in der Klinik beobachtet wurden; zwei Mütter der mit Seruminjektionen behandelten Kinder litten ebenfalls an Angina. Injiziert wurden 10—20 ccm Serum. In einem Falle mußte die Injektion 3mal wiederholt werden, während sonst eine einmalige genügte. F. gebrauchte Menschenserum, das aus dem Blute der Nabelschnur gesunder Frauen nach Abnabelung des Kindes gewonnen war, doch ist auch Serum von Pferd, Schaf usw. brauchbar. *Wiemer.*

Merckens, Albert, Ein Fall schwerster Melaena neonatorum geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut. (*Akad. Kinderklin., Köln a. Rh.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 18, S. 971—973. 1913.

Verf. injizierte einem Neugeborenen mit sehr schwerer Melaena 12 ccm defibrinierten Blutes und sah nach der Einspritzung keine neue Blutung mehr. Das Blut stammte aus der Armvene eines Erwachsenen und wurde in die Glutäalmuskulatur eingespritzt. Wichtig ist, daß lange (15 Minuten) defibriniert und erst ca. $^1/_2$ Stunde später die Injektion vorgenommen wird, wodurch Thrombenbildung vermieden wird. Interessant war auch der Blutbefund, indem entgegen den Beobachtungen von Bennecke nach der Injektion des Serums der Hämoglobingehalt von 46—60% stetig zunahm und die Zahl der roten Blutkörperchen von 1 150 000 auf 3 290 000 stieg. Ferner wurden 15—20% mehr Lymphocyten als normal konstatiert, während die Zahl der neutrophil gekörnten Leucocyten entsprechend sank. *Reber* (Aarau).

Nobécourt et Maillet, Azotémie et athrepsie, la forme athrepsique de l'azotémie des nourrissons. (Die Stickstoffüberladung des Blutes bei der Pädatrophie der Säuglinge.) Méd. infant. **21,** S. 26—32. 1913.

Bei gewissen Formen der Pädatrophie findet sich eine Erhöhung des Stickstoffkoeffizienten im Blute.

Die Kinder magern langsam aber ständig ab, schließlich bildet sich ein Zustand der Kachexie, kalte, cyanotische Haut, die Temperatur fällt unter 37° C. Atmung unregelmäßig, Vielfach finden sich Diarrhöen, im Urin immer Albumen.

Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit ergab einen wesentlich höheren Harnstoffgehalt als normal. Bei 15 untersuchten Fällen fand sich siebenmal mehr wie 1 g Harnstoff pro Liter, achtmal mehr wie 0,5 g, während bei Kachexien aus anderer Ursache (Tuberkulose, Lues) die Harnstoffmenge immer weniger wie 0,5 g pro Liter betrug. *Wiemer* (Herne).

Heckel, Edward B., Ophthalmia neonatorum and its relation to blindness. (Ophthalmie der Neugeborenen und ihre Beziehung zur Erblindung.) (Med. soc. Pennsylvania, Scranton sess., sect. on eye, ear, nose a. throat. dis., 24. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 4, S. 278—289. 1913.

Selbst in Hospitalbehandlung folgte auf Ophthalmia neonatorum nach einer größeren Statistik in 3,1% Erblindung. Erreger sind der Koch-Weeksche Bacillus, der Pneumokokkus, der Gonokokkus allein oder mit ersteren oder dem Bacterium coli kombiniert. Harmlose Conjunctividen, als angebliche Ophthalmia neonatorum schnell geheilt, verleiten den Hausarzt zu Selbstsicherheit. Übertrieben ist allerdings die Angabe, daß 25% aller Erblindungen auf dieser Krankheit beruhen. Das Leiden nimmt an Häufigkeit ab, ein Erfolg der Prophylaxe, die sich sogar auf Mutter und Vater vor der Geburt erstrecken soll. In Pennsylvanien erhalten alle Hebammen und Schwestern eine Druckschrift über Verhütung, Erkennung und erste Behandlung der Ophthalmia neonatorum und Packungen von 2 Ampullen von 1% Silber-Nitratlösung mit Gebrauchsanweisung. *Mohr* (Berlin).

Ombrédanne, L., Malformations congénitales par brides amniotiques. (Angeborene Mißbildungen durch amniotische Stränge.) Rev. d'orthop. Jg. 24, Nr. 3, S. 277—280. 1913.

Mit Photographie und Röntgenbild beschreibt O. folgende Beobachtung:

Ein von einer gesunden Mutter normal geborenes, jetzt 7 Monate altes Mädchen zeigt seit der Geburt verschiedene Mißbildungen, die durch amniotische Stränge entstanden sind. Der rechte Unterschenkel ist auf der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel in einem nach innen offenen spitzen Winkel geknickt. An dieser Stelle gewahrt man an der Innenseite eine tiefe Furche, die durch eine stramm angezogene Schnur entstanden sein könnte. In dieser Furche ist der Durchmesser des Gliedes kaum halb so groß wie der des gesunden linken Unterschenkels. Der rechte Fuß ist etwas kleiner und steht in leichter Vagusstellung, die beiden ersten Zehen sind defekt. Am linken Fuß eine geringe Syndaktylie zwischen den drei letzten Zehen. An der linken Hand ist der Zeigefinger in der Mitte der ersten Phalange und der Mittelfinger in der Mitte der dritten Phalange amputiert. *Bayer* (Köln).

Hebammenwesen und -Unterricht:

Semon, M., Über Entbehrlichkeit und weitere Einschränkung der inneren Untersuchung in der Hebammenpraxis. Thesen. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. 4, H. 2, S. 98. 1913.

In diesen Leitsätzen, die auf der 6. Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens (am 13. Mai 1913 in Halle) zur Diskussion standen, empfiehlt der Verf. den Hebammen in Zukunft die innere Untersuchung während der Geburt nicht mehr zur Pflicht zu machen — wie das Preußische Hebammenlehrbuch es bisher tut — sie vielmehr nur ausnahmsweise in solchen Fällen zu gestatten, in denen die äußere Untersuchung keine volle Klarheit bringt. Sie soll mit frisch ausgekochten (Döderleinschen 2fingrigen Touchier-) Gummihandschuhen geschehen, die den Bezirkshebammen von den Kommunen bzw. Kreisverbänden zu liefern seien. Ferner sei es nötig, das Publikum über die Gefährlichkeit und Entbehrlichkeit der inneren Untersuchung aufzuklären. *Mangold* (Berlin).

Walther, Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Thesen. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. 4, H. 2, S. 99—100. 1913.

Einführung von Wiederholungs- und Fortbildungskursen ist bestes Mittel zur Fortbildung der Hebammen. Obligatorische Einführung dieser Kurse an allen Hebammenlehranstalten für alle Hebammen ohne bestimmte Altersgrenze; Hebammen, die nicht mehr für Fortbildung geeignet, besonders solche über 65 Jahre, sollten pensioniert werden. Einberufung in bestimmtem, mindestens 5jährigem Turnus auf Vorschlag der zuständigen Kreisgesundheitsbehörde. Dauer der Kurse mindestens 10 Tage, möglichst aber 14 Tage. Zahl der Teilnehmerinnen möglichst zu beschränken, nicht über 15—20. Unterricht ist hauptsächlich praktischer Wiederholungskursus, daneben ein theoretischer Lehrgang über die wichtigsten Kapitel der praktischen Geburtshilfe. Im praktischen Unterricht ist in der Hauptsache die Desinfektion zu besprechen mit Desinfektionsversuchen, im übrigen der Demonstration an der Lebenden (Untersuchungen Schwangerer und Gebärender, Visiten auf dem Wochensaal, Besorgung Neugeborener) sowie der Anschauung (Demonstrationen und eventuell Phantomübungen) Rechnung zu tragen. Über das Ergebnis des Kurses und die täglichen kurzen Prüfungen ist genauer Bericht zu erstatten an die vorgesetzte Medizinalbehörde und an die zuständigen Kreisgesundheitsämter. In den Berichten ist zu berücksichtigen nicht nur die Befähigung der Hebammen, sondern auch die Beschaffenheit von Instrumentarium und Tagebüchern sowie die materielle Stellung (Altersversicherung, Vertrag). Kosten des Fortbildungskursus trägt der Staat, Reisekosten, Entschädigung für ausgefallene Praxis die Gemeinde bzw. die Privathebamme selbst. *Sieber* (Danzig).

Hauser, Über Hebammennachprüfungen. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. 4, H. 2, S. 101—116. 1913.

Hebammennachprüfungen gehören zu den notwendigsten Maßnahmen zur Erhaltung eines guten Hebammenstandes. An ihnen haben sämtliche Hebammen ohne

Ausnahme teilzunehmen. Sie sind alljährlich abzuhalten, und zwar abwechselnd von den Direktoren der Hebammenschulen und den zuständigen Kreisärzten. Die Prüfung soll eine praktische und mündliche sein; erstere hat zu bestehen in der Durchsicht der Tagebücher und Gerätschaften, letztere in der Durchsprechung eines wichtigen, vom Hebammenlehrer zu bestimmenden Kapitels aus der Geburtshilfe. Zu den von den Hebammenlehrern abzuhaltenden Nachprüfungen sind sämtliche praktischen Geburtshelfer des Prüfungsbezirks unter Gewährung von Tagegeldern und Reisekosten einzuladen. Auch die den Hebammen erwachsenden Unkosten sind auf Gemeinde- resp. Staatskasse zu übernehmen. Die bei den Nachprüfungen fehlenden Hebammen sind durch die Kreisärzte nachträglich einer kurzen Prüfung zu unterziehen. Rückständige Hebammen sind zu verwarnen, eventuell zur Teilnahme am nächsten Fortbildungskurse auf eigene Kosten heranzuziehen; für besonders sich auszeichnende Hebammen sind staatliche Prämien, eventuell auch sonstige öffentliche Ehrungen bei den Nachprüfungen zur Verteilung zu bringen. *Sieber* (Danzig).

Rissmann, Thesen zu dem Thema „Nachprüfungen“. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. 4, H. 2, S. 137—140. 1913.

Auf Grund langjähriger Erfahrungen stellt Verf. folgende Thesen zur Diskussion, die gekürzt lauten: 1. Fortbildungskurse und Nachprüfungen machen die Forderung nicht überflüssig, daß nur Frauen mit einem gewissen Bildungsniveau nach mindestens einjähriger Ausbildung zur Praxis zugelassen werden sollen; dann könnten Fortbildungskurse usw. eingeschränkt werden. 2. Die Nachprüfungen der Hebammenschwestern in Preußen sind verbesserungsbedürftig und sollten reichsgesetzlich geregelt werden. a) Bei dem jetzigen Stand des Hebammenwesens sind jährliche Nachprüfungen, häufigere Mitwirkung der Hebammenlehrer und Besuch seitens der praktischen Ärzte wünschenswert. b) Die Nachprüfungen müssen nach Besichtigung des Instrumentariums und der Hände hauptsächlich in Belehrung bestehen im Anschluß an die Tagebücher und Anfragen. c) Belobigung guter, Bestrafung schlechter Resultate der Nachprüfung. Es ist auf ausreichende Körpertauglichkeit (Auge, Ohr usw.) sowie auf gute Führung der Tagebücher zu achten. d) Um vorstehende Forderungen zur Durchführung zu bringen, müssen entweder die Hebammenschulen verstaatlicht, ihre Lehrer in eine großzügige Organisation des gesamten Mutter- und Säuglingsschutzes eingereiht werden (wofür Verf. plädiert), oder die Fürsorge für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und uneheliche Kinder muß den Provinzen und Städten übertragen werden. *Ehrenberg.*

Walther, H., Nachprüfungen für Hebammen. (Ergänzung zu dem 1911 erstatteten Referate über die Wiederholungslehrgänge für Hebammen.) Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. 4, H. 2, S. 117—136. 1913.

Verf. teilt als Anhang der 1911 von ihm zu dem Thema „Fortbildungskurse“ aufgestellten Thesen die Erfahrungen der Wiederholungslehrgänge 1911 und 1912 mit. Die Kurse haben sich in Hessen gut bewährt. Von 145 Hebammen waren 37 zum fünften, 33 zum vierten, 32 zum dritten, 26 zum ersten Male zu einem 8tägigen Einzelkurs eingezogen. 17 mußten als nur teilweise genügend, eine als absolut unbrauchbar begutachtet werden. Über die weniger befähigten und unfähigen Hebammen wird in Hessen an die zuständige Zentralbehörde namentlich berichtet, so daß die zuständige Behörde ev. einschreiten kann. Durch das Zusammenarbeiten der Hebammenschule und der Kreisgesundheitsbehörde kann auch eine Regelung der materiellen Sicherstellung der Hebamme durchgeführt werden. Ein 5jähriger Turnus mit kürzerer Kursdauer ist offenbar geeigneter als ein 10jähriger Zwischenraum mit längerer Kursdauer (Bayern). Wo keine Wiederholungskurse bestehen, sind jährliche Nachprüfungen unbedingt erforderlich. Außerordentliche, unvermutete Revisionen sind durchaus erwünscht. In einer Reihe von Bundesstaaten fehlt die Regelung der Frage der Nachprüfungen. Eine reichsgesetzliche Regelung der Wiederholungskurse, Dauer des Lehrgangs und der Nachprüfungen ist durchaus notwendig. Nachprüfungen können Wiederkolungskurse nicht ersetzen. Da wo Wiederholungslehrgänge bestehen, beschränkt sich die Nachprüfung auf eine

kurze Revision der Instrumente, Taschen, Tagebücher und Temperaturzettel. Die durch Kreisärzte auszuführenden, unvermuteten Revisionen sind, wenn möglich einmal im Jahre durchzuführen. Werden die Hebammen außerhalb ihres Wohnortes geprüft, so muß ihnen eine angemessene Reiseentschädigung bezahlt werden. Über den Ausfall der Prüfungen wird ein Vermerk in den Personalakten gemacht und an die vorgesetzte Behörde berichtet. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Grenzgebiete.

Gerichtliche Medizin:

● **Leers, Otto, Gerichtsärztliche Untersuchungen. Ein Leitfaden für Mediziner und Juristen.** Berlin, Springer. XV, 162 S. 1913. M. 4.60.

Das Buch bringt in möglichst knapper Form grundlegendes Material zur Beurteilung gerichtsärztlicher Befunde und die dazu nötigen Untersuchungsmethoden. Auch die entsprechenden Gesetzesparagraphen werden erwähnt. Für den Geburtshelfer sind eine ganze Reihe von Abschnitten wichtig, so der erste Abschnitt „Geschlechtsverhältnisse“, der zweite „Fehlgeburt und Abtreibung“, der dritte „Kindsmord“, der vierte „Sittlichkeitsverbrechen“. Im elften Abschnitt werden ausführliche Angaben über Maße und Gewichte bei Sektionen, darunter auch diejenigen von Neugeborenen gemacht. *Zangemeister* (Marburg a. d. L.).

Soziales. Statistik:

Wilde, P. S. de, Onderzoek naar de erfelykheid en bloedverwantschap by de doofstommen in Nederland. (Erblichkeit und Verwandtschaft der Taubstummen in den Niederlanden.) Ned. Tijdschr. v. Geneesk. H. 1, Nr. 19, S. 1287 bis 1305. 1913.

Von 1621 Fällen konnte Verf. Näheres erfahren und im ganzen 10 Stammbäume bis in die dritte Generation verfolgen. Nach kritischer Reinigung der offiziellen Statistik, die zum Teil durch falsche Angaben getrübt ist, und nach Ausscheidung der mit Geisteskrankheiten u. a. komplizierten Fälle, berechnete Verf. die Frequenz der Taubstummheit für Niederland auf 39 von 100 000 (für Europa im Durchschnitt 79). Von Schlußfolgerungen sind hervorzuheben: Unter Juden kommen fünfmal mehr Taubstumme vor als unter Christen. Die Erblichkeit steht fest und ist größer, wenn beide Eltern taubstumm sind. Die Kinderzahl ist bei Ehen unter Taubstummen geringer, sehr häufig sind die Ehen steril. Bei Verwandtenehen ist die Aussicht auf ein taubstummes Kind doppelt so groß als bei Nichtverwandten. *Stratz* (den Haag).

Moncorvo fils, Protection de l'enfance au Brésil. Notes historiques sur l'institut de protection et assistance à l'enfance de Rio de Janeiro. (Schutz der Kindheit in Brasilien. Historische Beiträge über das Institut „Kinderschutz- und -hilfe“ in Rio de Janeiro.) Clin. infant. **11**, S. 203—207 u. 241 bis 247. 1913.

Bericht über die 10jährige Tätigkeit des Institutes. Dasselbe vereinigt in sich: Mutterberatung, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Milchküche, Ammenvermittlungs- und Untersuchungsstelle, Poliklinik für kranke Kinder, in der in den einzelnen Spezialgebieten Spezialärzte Sprechstunden abhalten, ferner eine Krippe und Einrichtung zur materiellen Unterstützung der Armen. Nach Möglichkeit werden alle Kinder des Institutes geimpft. Da Verf. der Ansicht ist, daß in Brasilien der Gipfel der Tuberkulosehäufigkeit des Kindesalters zwischen dem 2. und 4. Lebensjahre liegt, so hat er auch eine Tuberkulosenfürsorge angeschlossen. Noch vollkommen einer gesetzlichen Regelung bedarf das Ammenwesen in Brasilien. Bei der Ammenuntersuchung im Institut wurden 70% als ungeeignet oder krank abgewiesen. *A. Reiche* (Berlin).[K]

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 2. S. 81—144

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Kostmayer, H. W., and Maurice J. Gelpi, Developmental defects of the female genitalia; report of five cases. (Entwicklungsdefekte der weiblichen Genitalien; Bericht über fünf Fälle.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 8, S. 573—577. 1913.

Verff. haben unter einem Material von 1000 poliklinischen Fällen während eines Jahres fünf Beobachtungen von Entwicklungsdefekten der weiblichen Genitalien gemacht, die sie an Hand instruktiver Abbildungen genauer beschreiben:

Fall 1: Fehlen der Lab. minor., des Uterus, rudimentäre Cervix von Kleinfingerkuppengröße; nur ein schlecht entwickeltes Ovarium. Analfistel; nie menstruiert. — Fall 2: Ebenfalls ohne Menses; völlig rudimentärer, nur fingerhutgroßer Uterus; keine Ovarien. — Fall 3: Statt des Uterus kleines, hartes, zwischen Vagina und Peritoneum liegendes Knötchen. — Fall 4: Bei bisheriger regelmäßiger Menstruation in der letzten Zeit Dysmenorrhöe. Zunächst wurde Fehlen des Cervix festgestellt; hinter der nach oben geschlossenen Vagina lag der gut entwickelte, etwas retrovertierte und fixierte Uterus. Bei genauerer Exploration zeigte sich, daß die Vagina durch eine quere Scheidewand in einen unteren und oberen Abschnitt getrennt war, in letzterem fand man eine normale Cervix. Menstruation war möglich durch einen feinen, die Membran durchbohrenden Kanal. — Fall 5: Auf der vorderen und hinteren Vaginalwand erhob sich je eine die ganze Länge der Scheide durchziehende Falte; die freien Ränder der Falten berühren sich nicht ganz, so daß man mit dem Finger aus der einen in die andere Vaginalhälfte gelangen kann.

Kurze entwicklungsgeschichtliche Erörterung. Der Uterusdefekt beruht auf einer Entwicklungshemmung und mangelnden Verschmelzung der Müllerschen Gänge. Die Membranbildung in der Vagina verdankt einer unvollständigen Kanalisierung der Müllerschen Gänge, die vaginale Doppelbildung einer mangelhaften Verschmelzung derselben ihren Ursprung. *Rittershaus* (Coburg).

Dastre, Sur un mémoire de M. le Dr. Stapfer, intitulé: Les vagues utéro-ovariennes, les jours fatidiques de la femme, l'aspect protéiforme des lésions génitales. (Die utero-ovariellen Wallungen, die besonderen Tage der Frau, die Wandlungen der genitalen Störungen.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. **69**, Nr. 15, S. 312—316. 1913.

2 mal im Verlauf eines Mondmonats strömt mit 14tägigem Intervall eine Blutwelle nach den Organen im kleinen Becken und erzeugt in ihnen eine starke Kongestion und Volumzunahme, der eine Blutung und dadurch Abschwellung und Volumverminderung folgt. Statt einer monatlichen Blutwelle haben die Frauen deren zwei: Eine, die menstruelle zur Zeit der Regel und eine zweite, dazwischenliegende, intermenstruelle. Die erste ist nicht wie bisher angenommen wurde an die Ovulation gebunden, sondern steht mit der Entwicklung des Corpus luteum im Zusammenhang, dagegen hängt die zweite mit der Reifung und dem Platzen des Graafschen Bläschens zusammen. Die intermenstruelle Blutwelle, die sich in manchen Fällen in einer Blutung nach außen bekundet (Regel nach 14 Tagen), ist von vielen Gynaekologen als etwas mehr weniger Pathologisches beschrieben und als exzessive Funktion der Ovarien angesprochen worden. Stapfer bezeichnet diese intermenstruelle Blutung im Gegenteil als ganz besonders normal. Die Menses korrespondieren mit dem Ende der Reifeperiode des Corpus luteum: zu dieser Zeit gibt es noch keine differencierten Follikel. Erst nach 5—6 Tagen reift der Follikel, während inzwischen das Corpus luteum sich zurückbildet. Die Regel geht also der Ovulation um ca. 14 Tage voraus. Die während der Entwicklung des Corpus luteum in den Beckenorganen auftretende Kongestion und ödematöse Schwellung verdrängt den Uterus samt Adnexen aus der Beckenhöhle

hinauf in die Bauchhöhle. In diese Periode, die der Reifung des Corpus luteum um wenige Tage vorangeht, fallen die nervösen Störungen, die schon in gesunden Tagen mehr weniger ausgeprägt sind als „jours fatidiques" und die bei pathologischen Veränderungen sehr intensiv sind. Mit der Reifung des Corpus luteum tritt die Blutung und Volumverminderung in Uterus und Adnexen auf und damit sinken die Organe an ihren früheren Platz zurück; dann beginnt aber die Entwicklung des Graafschen Bläschens, und dieselben Veränderungen treten, wenn auch leichter, in der zweiten Hälfte des Monats ein. Man kann nach Stapfer ein theroretisches Schema der Genitalfunktion konstruieren und in diesem idealen Schema den Zustand der Genitalorgane und die korrespondierenden psychischen Veränderungen Tag für Tag fixieren. Dieses ideale System ist nach Verf. von Vorteil, da es alle genitalen Erscheinungen zu klassifizieren und zu erklären ermöglicht. *Hauser* (Rostock).

Wilcox, The undeveloped anteflexed uterus and the steril woman. (Der schlecht entwickelte, anteflektierte Uterus und die weibliche Sterilität.) J. Americ. inst. homeop. Bd. 5, S. 883. 1913.

Der Autor entwickelt seine Ansicht über die Ursachen und die Behandlung obigen Zustandes. Er gründet seine Theorie auf embryologische Tatsachen, nämlich auf einen Entwicklungsfehler am Berührungspunkt von Cervix und Korpus. Hierdurch wird an der Berührungsstelle ein Winkel bewirkt, durch welchen 1. der Cervicalkanal am Orificium internum mehr oder minder verschlossen wird; 2. der normale Blutzulauf zum Korpus verhindert wird. Ferner glaubt Wilcox, daß durch angeborene kurze Ligamenta sacro-uterina ein spitzer Anteflexionswinkel bedingt wird. Die Behandlung soll möglichst früh, bei Beginn der Pubertät einsetzen. Die Symptome sind jetzt gewöhnliche Dysmenorrhoe oder Dysmenorrhoea membranacea. Zunächst muß bei der Behandlung der Cervicalkanal geöffnet und freie Drainage möglich gemacht werden, sodann muß der spitze Winkel möglichst ausgeglichen werden. Es werden zunächst häufige, dann seltenere regelmäßige Sondierung und Dilatation empfohlen. Nach fünf Monaten soll zur Anregung des Wachstums des Uterus und zur Dehnung der Ligamente elektrische und bimanuelle Massage versucht werden. Die Behandlung soll sich über ein Jahr erstrecken. *Ruhemann* (Berlin).[A]

● **Löhlein, M., Die Gesetze der Leukocytentätigkeit bei entzündlichen Prozessen.** Jena, Fischer 1913, IV, 25 S. M. 1,—.

Verf. gibt unter dem obigen Titel einen kurzen Überblick über den heutigen Stand der Untersuchungen über die Leukocytentätigkeit, namentlich bei der Entzündung und nimmt zu der neuen Lehre Schriddes, die er zu widerlegen sucht, Stellung. Jede Eiterung kommt durch Auswanderung von Leukocyten zustande. Der Ersatz der Zellen findet durch gesteigerte Produktion dieser Elemente in den blutbildenden Organen namentlich im Knochenmark statt. Der vermehrte Eintritt von Leukocyten läßt sich am wahrscheinlichsten durch einen chemotaktischen Vorgang erklären. Im Tierexperiment hat man eine Leukocytose durch künstliche Eiterungserzeugung und durch Einführen „leukotaktischer" Substanzen auszulösen vermocht. Je nach der entzündungserregenden Ursache ist die prozentuale Zusammensetzung der Leukocyten verschieden. Die Behauptung Schriddes, daß der in den Gefäßen herrschende Druck die Leukocyten hinauspreßt, und daß die Emigration aufhört, wenn infolge der Exsudation der Druck im perivasculären demjenigen im Gefäßlumen gleich geworden ist, hält Verf., weil unbewiesen, für unrichtig. Der Austritt aus den Gefäßen muß durch eine aktive Wandertätigkeit der Leukocyten erklärt werden. Eine große Zahl von Substanzen können Leukocyten, manche Stoffe sogar ganz bestimmte Arten anlocken. Wird ein bakteriell bedingter Prozeß chronisch, so treten vorwiegend mononucleäre Elemente, darunter Plasmazellen und Lymphocyten über. Wenn es auch in einzelnen Fällen möglich ist, durch Analyse eines Exsudates oder einer Infiltration Schlüsse auf die Ätiologie zu ziehen, so ist doch die Zahl der Fälle beschränkt. Die von Schridde vertretene diagnostische Bedeutung persistierender dichter Plasma-

zellinfiltrationen in der Tubenwand für überstandene gonorrhoische Infektionen hält Verf. für nicht gesichert. Besonders scharf wendet er sich gegen die Annahme, daß die Gonokokken „lymphocytaktische“ Toxine, die an die Zellen des perivasculären Gewebes gebunden wären, produzierten. Die Wanderung der Leukocyten wird durch die allmählich steigernde Konzentation der anlockenden Substanzen bedingt. Eine Anzahl von Beobachtungen weisen auf eine Sekretion keimtötender Stoffe durch lebende Eiterkörperchen hin. Auf Grund eigener Untersuchungen glaubt Verf., daß die Leukocyten zur Aufnahme korpusculärer Elemente reizbar sind. Normale lebende Körperzellen reizen die körpereignen Leukocyten deshalb nicht, weil sie keine Reizstoffe abgeben. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

M'Murtrie, Douglas C., Principles of homosexuality and sexual inversion in the female. (Homosexualität und konträre Sexualempfindung beim Weibe.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 3, S. 144—153. 1913.

Kurzer allgemeiner Überblick über konträre Sexualempfindungen beim Weibe, ohne neue Beiträge zu dieser Frage zu bringen. *D. Grünbaum* (Nürnberg).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Reeser, H. E., Über Tetanusbacillen und Tetanustoxin. (*Reichsseruminst., Rotterdam.*) Folia microbiol. **2**, S. 66—78. 1913.

Bemerkungen hinsichtlich Reinzüchtung, Färbung der Sporen, Morphologie und kultureller Eigenschaften des Tetanusbacillus. Die Möglichkeit aeroben Wachstums wird auch für kräftig toxinbildende Stämme nachgewiesen, doch vermindert die aerobe Weiterzüchtung bald die Toxinproduktion beträchtlich. Ratschläge für die Herstellung und Konservierung des Antixotins, Vergleichung der Wirkung des flüssigen und des im Vakuum getrockneten antitoxischen Serums. *Sick* (Stuttgart).[M]

Crowe, H. Warren, A new method for the differentiation of certain of the streptococci. (Eine neue Methode zur Unterscheidung von bestimmten Streptokokkenarten.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 5. Pathol. sect., S. 117—125. 1913.

Zur Unterscheidung verschiedener Streptokokkenarten wird der Dorsetsche Eier-Nährboden mit einem Zusatz von 0,005% Neutralrot benutzt. Ein Teil der untersuchten Stämme wuchs unter Rötung des Nährbodens. Der Säurebildung wird aber als Unterscheidungsmerkmal nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen, während die Größe und Wuchsform der Kolonien als wichtige Kennzeichen betrachtet werden. Die hierdurch ermöglichte Gruppierung der Streptokokken in mehrere Unterarten entspricht im wesentlichen der von Andrewes und Gordon nach dem Verhalten gegenüber verschiedenen Kohlehydraten aufgestellten Klassifikation. Die Verwendbarkeit des Neutralrot-Eiernährbodens wird dadurch beschränkt, daß manche Streptokokkenstämme auf diesem Nährboden schlecht oder gar nicht wachsen. Auch bleibt die charakteristische Kolonieform bei älteren Kulturen nicht konstant. *Schürer.*[M]

Fraenkel, L., Zum Hauptthema des 15. Kongresses der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 663—667. 1913.

Fraenkel verspricht sich sehr viel Interessantes durch die Aussprache über die Störungen der inneren Sekretion, glaubt aber nicht, daß die Frage restlos gelöst wird, da noch nicht einmal die normalen Funktionen der inneren Drüsen ausreichend bekannt sind; er gibt einen kurzen Rückblick über die Ergebnisse der bisherigen Forschungen und hofft, daß durch den Kongreß die Zahl der Mitarbeiter auf diesem Forschungsgebiet sich vermehren wird. *D. Grünbaum* (Nürnberg).

Landsberg, M., Studien zur Lehre von der Blutgerinnung. Physikalisch-chemische Vorgänge in ihrer Bedeutung für die Thrombinwirkung. (*Med. Poliklin., Freiburg i. B.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **50**, H. 3/4, S. 245—272. 1913.

Im Verfolg der Untersuchungen von Stromberg arbeitete Verf. mit verschiedenen

Gerinnungsgemischen (verschiedenen Thrombin- und Fibrinogen-Lösungen) und studierte den Einfluß der Temperatur auf die Gerinnungszeiten, um zu erfahren, ob die eigentümliche Temperaturkurve der Gerinnung Ausdruck eines oder Resultante mehrerer, fördernder wie hemmender, chemischer Vorgänge sei. Er resümiert, daß es sich um mindestens zwei nebeneinander verlaufende Reaktionen handele, die beide durch Temperaturerhöhung beschleunigt werden; sowohl die zwischen Fibrinogen und Thrombin sich abspielende, wohl rein chemische Hauptreaktion, wie die Adsorption des Thrombins durch die Serumeiweißkörper, ein gerinnungsverzögernder resp. hemmender Nebenvorgang. So ist die Temperaturkurve insofern von der Versuchsanordnung abhängig, als bei geringer Thrombinadsorption das Optimum der Gerinnung bei 35—40° liegt (wie bei einer Fermentreaktion), während anderenfalls die Temperatur tiefer liegt. Weiter wird gezeigt, wie diese Adsorption wieder „gesprengt" werden kann, daß sich also das inaktive Thrombin (Metathrombin) wieder aktivieren läßt u. a. m.; Resultate, die nach Ansicht des Verf. durchaus nicht die enzymatische Natur des Thrombins ganz in Frage stellen, da viele Fermente auf diese Weise beeinflußbar seien.

von den Velden (Düsseldorf).[M]

Ulrich, Henry L., Vaccines and vaccine therapy. (Vaccine und Vaccinetherapie.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 2, S. 39—44. 1913.

Übersichtliche Darstellung der Grundlagen und der Technik der Vaccinetherapie. Bericht über 5 Fälle von chronischen rezidivierenden Infektionen (Erysipel, Cholecystitis, Akne) mit guten Erfolgen. Empfiehlt autogene Vaccine. Diskussion: Herzberg ist ebenfalls für autogene Vaccine und für sorgfältige Auswahl der Fälle. F. O. Wright hat gute Erfolge bei Gonorrhöe. *Bondy* (Breslau).

Weil, Richard, The nature of anaphylaxis, and the relations between anaphylaxis and immunity. (Das Wesen der Anaphylaxie und die Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Immunität.) (*Dep. of exp. therapeut., Cornell med. school.*) Journ. of med. res. **27,** S. 497—527. 1913.

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchungen bildet eine schon von Otto festgestellte, seither vielfach bestrittene, vom Autor aber neuerdings erhärtete Tatsache, von deren restloser Erklärung man mit Recht einen befriedigenden Einblick in das Wesen der noch immer dunklen anaphylaktischen Vorgänge erhoffen darf: die Erscheinung, daß Meerschweinchen nicht sofort nach Einverleibung des anaphylaktischen Antikörpers überempfindlich sind, sondern erst nach Ablauf eines, wenn auch geringen Zeitintervalles (Inkubation der passiven Anaphylaxie). Weil zeigt zunächst, daß der Antikörper während dieser Periode im Meerschweinchen keine qualitativen Veränderungen erleidet, wie Biedl und Kraus angaben, sondern daß bloß seine Menge im zirkulierenden Blut nach intravenöser Zufuhr rapid abnimmt; daß er aber doch im Organismus bleibt, geht daraus hervor, daß ein passiv präpariertes Tier auch nach 17 Tagen noch anaphylaktisch ist, trotzdem die Gesamtmenge seines Blutes nicht imstande ist, ein anderes Meerschweinchen passiv zu sensibilisieren. In solchen Fällen kann der Antikörper nur auf die Zellen übergegangen sein, und W. folgert nun weiter, daß die Inkubation der passiven Anaphylaxie eben darauf beruht, daß nur der celluläre Standpunkt des Antikörpers die anaphylaktische Reaktion ermöglicht; eine Vereinigung von Antigen und Antikörper in der Blutbahn involviert nach seiner Auffassung keine Schädigung; im Gegenteil, der zirkulierende Antikörper schützt die Zellen vor der Einwirkung des Antigens, in dem er dasselbe neutralisiert. Das (aktiv oder passiv) sensibilisierte Tier reagiert nur deshalb anaphylaktisch, weil es nicht genügend Antikörper im Blute hat. Diese Theorie, welche die rein hämorale Entstehung der Anaphylaxie ganz leugnet, und auch für die passive die Notwendigkeit „sessiler Receptoren", d. h. von Zellen verankerter Antikörper annimmt, stützt W. hauptsächlich durch folgende zwei Experimente: 1. Aktiv oder passiv sensibilisierte Tiere werden gegen Antigenzufuhr unempfindlich, wenn man kurz vorher reichlichen Antikörper (Immunserum) in die Zirkulation bringt. 2. Normale Meerschweinchen, die man kurz vorher mit großen Dosen normalen Kaninchenserums vorbehandelt hat, lassen sich mit Kaninchen-

immunserum nicht passiv präparieren, weil die Körperzellen mit Kanincheneiweiß, an dem der Antikörper haftet, übersättigt sind. *Doerr* (Wien).[M]

Allgemeine Diagnostik:

Smith, Joseph T., The prognostic value of the leucocyte count in pelvic suppurative conditions. (Prognostischer Wert der Leukocytenwerte bei eitrigen Beckenerkrankungen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 4, S. 403—406. 1913.

Mit seinen Untersuchungen, die der Autor an 100 Fällen von eitrigen Beckenaffektionen anstellte, sucht er einen gewissen Zusammenhang zwischen den gefundenen Leukocytenwerten und der klinischen Prognose zu erhalten. Die Zahlen der weißen Blutkörperchen sollen aber nur Berücksichtigung finden in Zusammenhang mit Fieber, Puls, Atmung und den übrigen hauptsächlichen klinischen Symptomen. Hierbei kommt er zu dem Ergebnis, daß die Leukocytenzahlen bei den in Frage kommenden Erkrankungen äußerst verschieden sind. Bei den 100 untersuchten Fällen waren diese Werte entschieden von höherem prognostischem Wert als die Temperatur der Patientinnen (vor der Operation gemessen). Störungen der Rekonvaleszenz zeigten in der Mehrzahl die Fälle, bei denen sich 14 000 oder mehr Leukocyten fanden. *Jonas* (Greifswald).

Allgemeine Therapie:

Christen, Th., Maße und Messungen in der Röntgenkunde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 2, S. 182—187. 1913.

Verf. machte wieder auf den Unterschied zwischen Dosis und Flächenenergie aufmerksam, auf den zuerst Kienböck hingewiesen. Bei gleicher Röhrenhärte ist die Flächenenergie sowohl wie die Dosis proportional dem Produkt aus Sekundärstromstärke und Bestrahlungszeit dividiert durch das Quadrat der Fokaldistanz; man mißt also in $\frac{\text{Milliampère} \cdot \text{Sekunde.}}{\text{Quadratcentimeter}}$ Die Flächenenergie an der bestrahlten Stelle bezeichnet er aus äußeren Gründen als technische Bestrahlungsgröße (B) und hat dann $B = \frac{i \cdot T}{r^2}$, wobei i die Senkundärstromstärke und r die Fakoldistanz bedeuten. Für die Einheit „Milliampèresekunde pro Quadratzentimeter möchte der Verf. den Begriff „1 Walter" einführen. *Lembcke,* (Freiburg i/B.).

Dieterich, W., Ein Fall von Spätschädigung bei Röntgentiefentherapie. (*Allg. Krankenh., Mannheim.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 2, S. 159 bis 161. 1913.

Bestrahlung einer Myomatösen. 5 Sitzungen, durch 3 wöchentliche Pausen voneinander getrennt. Zirka 4 Monate nach der letzten Sitzung Auftreten eines Röntgenulcus. Technik: Röhrenhärte 6—7 Bauer. Filter: 4fach Leder. Gesamtdosis auf die betroffene Hautpartie ca. 37 X. Erklärung des Verf.: Es handelt sich um Spätschädigung, durch Kumulation von mehreren kleinen Schädigungen entstanden. Ursache ist Gefäßalteration, sekundäre Zelldegeneration mit Zerfall infolge von Ernährungsstörung. Mahnung zur Vorsicht in der Dosierung der Röntgenstrahlen. *Müller* (Freiburg).

Henriques, Adolph, The role of the X-ray in progressive medicine. (Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Entwicklung der Medizin.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65,** Nr. 8, S. 607—610. 1913.

Verf. gibt einen ganz gedrängten Überblick über die Errungenschaften der Röntgendiagnostik und -therapie. Etwas Neues enthält die Arbeit nicht. *Lembcke* (Freiburg).

Regaud, Cl., et Ant. Lacassagne, Sur les processus de la dégénérescence des follicules, dans les ovaires röntgenisés de la lapine. (Über die Degenerationsprozesse an den Follikeln der röntgenisierten Kaninchenovarien.) (*Laborat. d'anat. gén. et d'histol. de la fac. de méd., Lyon.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74,** Nr. 15, S. 869—871. 1913.

Einmalige Bestrahlung von 8 weiblichen Hasen, mikroskopische Untersuchung

der Ovarien 15 Stunden bis 30 Tage nach der Bestrahlung. Primordialfollikel: Autolyse der Ovocyten innerhalb 2—3 Tagen bei starker Bestrahlung nach 15 Stunden bis 4 Tagen einsetzend, bei schwacher erst nach 14 Tagen. *Lembcke* (Freiburg i. Br).

● **Kowarschik, Josef, Die Diathermie.** Berlin, Springer. 1913. VIII, 136 S. M. 4,80.

In dem Buche wird ein guter Überblick über den heutigen Stand der Diathermie gegeben. Zunächst werden in sehr übersichtlicher Weise die zum Verständnis notwendigen physikalischen Grundlagen klargelegt. Eingehend wird das Instrumentarium und die Technik besprochen. Der von Reiniger, Gebbert und Schall konstruierte Apparat, der sich durch seine universelle Verwendbarkeit auszeichnet, scheint am brauchbarsten zu sein. Ein besonderes Kapitel ist den biologischen Wirkungen der Diathermie gewidmet. Die die Gynaekologie betreffenden therapeutischen Indikationen sind am wenigsten scharf abgegrenzt. Für die Behandlung kommen besonders entzündliche Veränderungen am Uterus und an den Adnexen namentlich gonorrhoischer Natur in Betracht. Die lang anhaltende Schmerzverminderung wird besonders hervorgehoben. Auch in der Geburtshilfe wurde die Diathermie zur Wehenerregung in einigen Fällen mit Erfolg angewandt. Was die Technik betrifft, so kann man die Elektroden entweder oberhalb der Symphyse und über dem Kreuzbein aufsetzen oder, wenn man eine mehr lokalisierte Wirkung erzielen will, die eine Elektrode auf den Bauch legen, die andere in die Vagina einführen. Durch Verschieben der Bauchdeckenelektrode kann man die Parametrien einzeln in den Stromkreis bringen. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Drews, H., Über die Anwendung des Narkophin in der Geburtshilfe. (*Städt. Krankenh., Charlottenburg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 20, S. 717—718. 1913.

Nachprüfung des Narkophins an 25 Gebärenden. Linderung der Wehenschmerzen trat in allen Fällen ein, jedoch drohen dem Kinde schwere Gefahren. 3 mal wurden schwere Asphyxien beobachtet. Verf. verlangt daher genauste Kontrolle der kindlichen Herztöne. Ferner hat das Narkophin, in der Eröffnungsperiode gegeben, eine schlechte Wirkung auf die Wehen, welche häufig ganz aufhören. In der Austreibungsperiode wurden ähnliche Störungen nicht beobachtet. Verf. versuchte das Narkophin auch bei 20 Fällen von Abortus imminens innerlich zu 3 mal 25 Tropfen mit gutem Erfolg. Gegenüber dem Opium fällt vor allem die geringe stopfende Wirkung ins Gewicht. *Hüffell* (Darmstadt).

Sterner, E. G., Pregnancy after ligation of Fallopian tubes. (Schwangerschaft nach Tubenunterbindung.) Saint Paul med. journal Bd. **15,** Nr. 5, S. 230—231. 1913.

Nachdem Verf. im Juni und November desselben Jahres wegen unstillbaren Erbrechens bei einer 30jährigen Nullipara den künstlichen Abort eingeleitet hatte, wurden bei dieser zweiten Abrasio beide Tuben mit Resektion eines 4 cm langen Abschnittes der Tube zwischen den beiden Ligaturen ligiert. Die beiden resezierten Enden wurden Seit-zu-Seit durch eine Catgutligatur aneinander gebracht. Nach 16 Monaten war Pat. unter den gleichen klinischen Symptomen wieder gravida und die nach der Abrasio vorgenommene Laparotomie ergab, daß die linke Tube außer einer Verkürzung und Einschnürung an der Resektionsstelle normale Konfiguration wieder zeigte, während die beiden resezierten Tubenenden rechts noch durch 1 Zoll Entfernung voneinander getrennt waren.

Verf. empfiehlt daher für die Sterilisierung Exstirpation der Tuben und Bedecken der Resectionsflächen am Uteruswinkel mit Serosa. *Vaßmer* (Hannover).

Allgemeine Chirurgie:

Puccinelli, Vittorio, Contributo allo studio della flora batterica nell'ambiente e nel campo operatorio. (Beitrag zum Studium der Bakterienflora in der umgebenden Luft und auf dem Operationsfelde.) (*Istit. d'ig., univ., Roma e policlin. Umberto I.*) Riv. osped. Bd. **3,** Nr. 7, S. 297—304. 1913.

Vermittels Aufstellen von Petrischen Schalen hat Verf. den Keimgehalt in verschiedenen Räumen untersucht. In den Operationssälen fanden sich die meisten Keime

an den Operationstagen, sie vermehrten sich mit der Zahl der anwesenden Personen, in einer Stunde waren auf einem Quadratzentimeter Agar 242 Kolonien aufgegangen, während an operationslosen Tagen bei geschlossenen Fenstern und Türen nur 4 Keime pro Quadratzentimeter und Stunde gezählt wurden. In den Operationssälen der Privatkliniken bestand dasselbe Verhältnis. In den Verbandsälen waren 87 Keime, wenn sie benutzt wurden, und nur 5, wenn sie leer waren, pro Stunde und Quadratzentimeter vorhanden. Wurden mit Pyocyaneus infizierte Wunden verbunden, so traf man diesen Bacillus auch stets in der Luft an. In den Schlafsälen wurden 165 Keime gezählt, die sich zur Zeit der ärztlichen Visite auf 256 vermehrten, in den Polikliniken fand man die große Zahl von 600 Keimen auf 1 qcm pro Stunde. Mit der Bewegung der Luft vermehren sich ebenso wie durch die Anzahl der anwesenden Personen die Keime. Es wurden die verschiedenartigsten Bakterien aus der Luft angetroffen: Micrococcus luteus, sulfureus, albicans; pyogenes albus, aureus und citricus, Bacillus prodigiosus, pyocyaneus u. a. Im ganzen handelte es sich um 9 Mikrokokken- und 6 Bacillenarten. Durch Bestreichen der normalen Haut mit Watte und Einwerfen der Wattebäusche in Bouillon wurden folgende Bakterien von der Haut gezüchtet: Micrococcus pyogenes albus, citreus, aureus, candidans, roseus und luteus, Bacillus megaterium und subtilis. An den im Operationssaale befindlichen Verbandsachen und dem Nahtmaterial konnte nur eine sehr geringe Anzahl Luftkeime nachgewiesen werden, die Gummihandschuhe waren vor der Operation steril, nachher nicht mehr. Auf den durch die Operation gesetzten Wunden wurden trotz vorhergegangener Desinfektion der Haut mit Jodtinktur dieselben Keime wie auf der normalen Haut angetroffen, in der Bauchhöhle fanden sich nur 2 mal Keime; sehr arm an Keimen waren die tieferen Teile der Wunde (Muskeln, Fascien, Eingeweide) während der Operation. Die untersuchten Wunden heilten trotz Anwesenheit einiger Keime per primam. Die meisten auf der Haut und in der Luft gefundenen Keime wirkten weder hämolytisch noch virulent, nur einmal wurde durch Verimpfung des Microc. aureus ein Kaninchen getötet. Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: Die in den Operationswunden angetroffenen Keime stammen aus der Luft und von der Haut des Operierten, durch Pinselung mit Jodtinktur werden die Hautkeime nur für kurze Zeit unschädlich gemacht, die von der Haut stammenden Keime sind nicht so unschädlich wie die aus der Luft herabfallenden. Mit der Bewegung der Luft und der Anzahl der anwesenden Personen nimmt die Zahl der Luftbakterien zu, ein Mittel, um die Haut ganz bakterienfrei zu machen, gibt es noch nicht.

Herhold (Hannover).[CH]

Hellendall, H., und W. Fromme, Erwiderung auf die von R. Schaeffer in (Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37) Nr. 6 1913 gegen unsere Arbeit „Der Handschuhsaft" erhobenen Einwände. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 17, S. 619—621. 1913.

Hellendall und Fromme meinen gegenüber den Schaefferschen Bemängelungen auch jetzt noch, daß Schaeffer den desinfizierenden Wert des Sublimats unterschätze und die sublimatneutralisierende Wirkung des Schwefelammoniums überschätze. Das Sublimat sei keineswegs wertlos, wie experimentell festgestellt. Milzbrandsporen 15 Minuten in Sublimat keimen nach Schwefelammonium nicht mehr aus. Mit der Länge der Einwirkung muß diese Wirkung des Sublimats sich steigern und im Handschuh findet die Einwirkung während der ganzen Operationsdauer statt. Es darf daher durchaus angenommen werden, daß der in den Sublimatversuchen erzielte geringere Keimgehalt nicht nur auf eine Entwicklungshemmung sondern auf eine tatsächliche Schädigung der Bakterien, die auch durch Schwefelammonium nicht zu beseitigen ist, zurückgeführt werden muß. Auch wird durch die Einwirkung des Schwefelammoniums dem Eindringen neuer Sublimatpartikelchen in die Bakterienleiber aus den mit Sublimat durchtränkten Hautpartikeln der nächsten Umgebung ein Ziel gesetzt, selbst die Wirkung des in die Zellen gedrungenen Sublimats wird aufgehoben. Auch Geppert hat gezeigt, daß eine Suspension von Milzbrandsporen

mit Sublimat versetzt einem Meerschweinchen injiziert, dieses meist nicht infiziert, was nach Neutralisation mit Schwefelammonium der Fall ist. Die Belehrung Schaeffers, daß beim Alkohol die keimarretierende nicht die keimtötende Kraft die Hauptrolle spiele und daher konzentrierter Alkohol vorzuziehen sei, wollen Verff. nicht annehmen. Sie versprechen sich mehr von der bactericiden Wirkung des 70 proz. Alkohols. *Mertens.*

Sorel, Robert, Étude sur la désinfection des mains. (Studie über die Desinfektion der Hände.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **22**, Nr. 3, S. 159 bis 166. 1913.

Nach eingehender kritischer Würdigung der bis jetzt erschienenen Arbeiten kommt Verf. auf Grund eigener Versuche zu folgenden Schlüssen: Es gibt kein Mittel, die Hände dauernd keimfrei zu machen; die Desinfektion ist um so schwieriger, wenn Risse in der Haut oder Rauhigkeiten bestehen; daher ist es die Pflicht des Chirurgen, die Haut der Hände zu pflegen und möglichst keine Antiseptika anzuwenden. Der natürliche Schutz ist das Sekret der Talgdrüsen, der nicht durch intensives Bürsten mit Wasser und Seife, Alkohol usw. zerstört werden soll. Das Wichtigste sind Gummihandschuhe bei der Operation und das Waschen der Hände nach derselben, weil bei einer bestehenden Durchlässigkeit der Handschuhe die ganz oberflächlich haftenden Keime mechanisch mit Wasser und Seife abgespült werden können. Besteht für den Chirurgen die Gefahr einer Infektion, so ist ohne vorherige Waschung Eintauchen der Hände in 1 proz. Jodtinktur zu empfehlen; außerdem ist häufiges Waschen der Hände mit Alkohol ohne eine andere Prozedur geeignet, die anderen Maßnahmen der Desinfektion vollauf zu ersetzen. *Roeder* (Berlin).

Putney, George E., The technic of anesthesia. (Die Technik der Narkose.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 9, S. 261—263. 1913.

Allgemeine Ratschläge für die Ausführung der Äthertropfnarkose, die Verf. fast ausschließlich anwendet. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

● **Brunn, M. v., Die Allgemeinnarkose.** Neue dtsch. Chirurg. Bd. **5**, Stuttgart, Enke 1913. XX, 477 S. M. 18,60.

Die Allgemeinnarkose ist ein künstlich herbeigeführter Zustand tiefer Betäubung. Sie kommt zustande durch Einwirkung gewisser Mittel auf das Zentralnervensystem, zu dem sie auf dem Blutweg gelangen. Nachdem im 1. Abschnitt des allgemeinen Teils Begriff und Wesen der Allgemeinnarkose und im 2. die Bedeutung der Person des Narkotisierenden besprochen ist, werden in den folgenden Kapiteln einzeln und eingehend abgehandelt: Die Vorbereitungen zur Narkose, die Anwendungsarten der Narkotika (Inhalationsnarkose, perorale Intubation, Insufflations-, intrarectale, intravenöse, intramuskuläre, intraperitoneale, subcutane Narkose), der Verlauf der Narkose, die üblen Zufälle bei derselben und nach derselben und die Schädigungen des Organismus durch dieselbe, sowie die allgemeinen Anzeigen und Gegenanzeigen für die Allgemeinnarkose. Im 2. speziellen Teil werden die einzelnen Arten der Allgemeinnarkose abgehandelt (Äther, Chloroform, Chloräthyl, Bromäthyl, Stickoxydul). Den Schluß bildet die Besprechung der heute viel verwandten Mischnarkose, durch Kombination von Chloroform, Äther, Alkohol, Morphium, Pantopon, Skopolamin. In einem besonderen Kapitel wird auch die Verwendung des Morphiumskopolamins zur geburtshilflichen Halbnarkose besprochen. *Zangemeister* (Marburg a. L.).

Sanderson, E. L., Intravenous ether anesthesia. And report of cases. (Erfahrungen mit intravenöser Äthernarkose.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 10, S. 719—727. 1913.

Bericht über 15 Fälle, unter denen 1 Laparotomie und sonst Operationen an Kopf, Hals und Extremitäten waren. Bei der Laparotomie mußte Inhalationsnarkose zugegeben werden, einmal trat Atemstillstand ein. Beides war auf Fehler der Technik zu beziehen. Die Narkose trat leicht und schnell ohne wesentliche Excitation ein, bei richtiger Technik fehlte das postoperative Erbrechen. 1 Patient starb an postoperativer Pneumonie. Die Erfahrungen sind noch zu gering, um ein definitives Urteil zu geben. Bei

guter Technik und beim Vorhandensein von 2 Narkotiseuren lassen sich nach Ansicht des Verf. befriedigende Resultate erzielen. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Beresnegowsky, N., Über die intravenöse Isopralnarkose. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H. 1, S. 215—229. 1913.

Isopral ist seiner chemischen Zusammensetzung nach ein Derivat des Propylalkohols, dem Chloralhydrat verwandt, in letzter Zeit von Burkhardt zur intravenösen Narkose besonders warm empfohlen. — Demgegenüber berichtet Verf. über Tierversuche, die zeigen, daß sich allerdings mit dem Isopral intravenös mit Sicherheit eine tiefe Narkose erzielen läßt. Aber bei der Sektion der Versuchstiere fanden sich an den lebenswichtigen Organen, ganz besonders an Herz und Nieren eine Reihe ausgesprochener zum Teil sehr ernster pathologisch-anatomischer Veränderungen. Auch sonstige dem Isopral anhaftende Nachteile z. B. die Unmöglichkeit, es wegen Gefahr der Zersetzung bei höheren Hitzegraden einwandfrei zu sterilisieren, lassen dem Verf. die Methode für den Kliniker nicht empfehlenswert erscheinen. *Adolph* (Elberfeld.)

Muroya, S., Experimentelle Untersuchungen über Novocain bei Paravertebralinjektion. (*Chirurg. Klin., Univ. Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 1—25. 1913.

Verf. bestimmte an Kaninchen die Dosis minima letalis für Novocain bei Subcutaninjektionen auf 0,35 bis 0,39 g, bei intravenöser Injektion auf 0,065 g und bei Paravertebralinjektion auf 0,155 bis 0,16 g. Das Novocain wirkt also, wenn man es in die Nähe der Wirbelsäule deponiert, giftiger als bei subcutaner Injektion. Nach Untersuchungen des Verf. ist der Grund zu diesem Verhalten der, daß das Gift bei der paravertebralen Injektion rascher durch die Lymphgefäße in die Blutbahn aufgenommen wird. Die vorausgehende Injektion von Gelatine übte einen schützenden Einfluß auf die Vergiftung durch Novocain aus. Die gleiche Wirkung hatten eine Gelatine-Adrenalinlösung, ferner Kochsalzlösungen mit oder ohne Adrenalin. In einer anderen Versuchsreihe injizierte Verf. erst eine 5 proz. Gelatine-Adrenalinlösung in der Höhe des 6. Brustwirbels und nachträglich pro Kilogramm Körpergewicht 10 ccm einer gefärbten 0,5 proz. Novocain-Adrenalinlösung epidural. Durch die erste Injektion sollte das Emporsteigen der nachträglich eingespritzten Novocainlösung verhindert werden. Die Resultate waren aber nicht einheitlich. Ob von einer Schutzwirkung der Barrikade gesprochen werden kann, bleibt zweifelhaft. *Läwen* (Leipzig).[CH]

Jacomet, A., A propos d'un cas de transfusion directe du sang par suture bout à bout de l'artère radiale à la veine basilique. (Ein Fall von direkter Bluttransfusion durch End-zu-End-Anastomose zwischen der Arteria radialis und der Vena basilica.) Bull. méd. Jg. **27,** Nr. 37, S. 435—436. 1913.

Durch die direkte Bluttransfusion mittels Anastomose zwischen der Arterie des Spenders und der Vene des Empfängers lassen sich die Gefahren der Infektion und Embolie sicher vermeiden. Trotzdem ist die Operation nicht ganz ungefährlich, da durch die Mischung der zwei fremden Blutsorten Hämolyse eintreten kann. Sie soll deshalb nur für die äußersten Notfälle, wenn subcutane Infusionen usw. wirkungslos bleiben, reserviert werden, kann aber dann direkt lebensrettend sein. Die Technik ist nicht schwierig, verlangt aber unbedingt ein sehr feines, zuverlässiges Instrumentarium. Streng ist darauf zu achten, daß bei der Anastomosennaht das Gefäßendothel nicht verletzt wird, weil sich sonst Gerinnsel bilden können.

Mitteilung eines Falles, bei dem eine durch Verletzung des arteriellen Arcus palmaris und nachträgliche Fehlgeburt enorm entblutete Frau in kurzer Zeit wieder hergestellt wurde. Die Transfusion dauerte 25 Minuten. Die Menge des übergegangenen Blutes wird auf etwa 300 ccm geschätzt. *Himmelheber* (Heidelberg).

Hirsch, Maximilian, Zur Kasuistik der zirkulären Gefäßnaht. (*K. k. Krankenh. Wieden, Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 20, S. 1233—1236. 1913.

Zu den bisher veröffentlichten Fällen von seitlicher und zirkulärer Gefäßnaht fügt Hirsch einen neuen. Bei der Exstirpation von tuberkulösen Lymphomen entstand eine Verletzung der Arteria femoralis, kompliziert mit Verletzung der Vena femoralis, so daß ein ca. 3 cm langer

Arterienabschnitt reseziert werden mußte. Zirkuläre Naht der Arterienstümpfe nach Carrel-Stich, mit der Abweichung, daß nur einzelne dichtstehende Knopfnähte und feinste Seide, ohne jedes einhüllende Mittel, wie Paraffinöl und Vaseline, angewendet wurden. Die Naht wurde noch durch einen freitransplantierten, als Manschette benutzten Lappen der Vena saphena gedeckt. Glatte Heilung. Gutes Resultat. H. betont, daß die exakte Adaptation der Endothelflächen von ausschlaggebender Wichtigkeit für den Erfolg ist, da dadurch Thrombosen verhütet werden. *Moos* (Breslau).

Sweetser, H. B., Post-operative ileus. (Postoperativer Ileus.) Saint Paul med. journal Bd. **15,** Nr. 5, S. 210—223. 1913.

Bericht über 14 Fälle, 11 komplette, 4 inkomplette. Der Ileus trat nach Intervall von 8 Tagen bis $1^1/_2$ Jahren ein, mitten in vollem Wohlbefinden oder nach langen Beschwerden. Ein Fall wurde zweimal, 2 dreimal, 1 viermal operiert (1 Fall von Finney 28 mal, 1 von Murphy 14 mal). Autor unterscheidet paralytische Fälle infolge Mißhandlung von Peritoneum und Därmen oder entzündlicher Prozesse mit oder ohne Adhäsionen von rein mechanischen, die durch Adhäsionsbänder oder Kompression der Därme entstehen. Eine Prognose hinsichtlich Adhäsionsbildung ist unmöglich, Prophylaxe durch Salzlösungen, Zuckeröl, Mineralöl unmöglich (einmal sogar von Fettembolie gefolgt). Die Differentialdiagnose zwischen beiden Formen ist wichtig. Durchforschung des Abdomens ist unheilvoll für entzündliche Fälle, wichtig für mechanische. Frühes Entstehen spricht für entzündliche Ursache. Bei mechanischem Ileus ist der Puls nicht hoch, die Erschöpfung nicht groß, der Schmerz anfallsweise, scharf lokalisiert, die Peristaltik bis zu dem Schmerzpunkt gesteigert, das Abdomen im schmerzfreien Intervall weich. Septische Fälle zeigen hohen Puls, Dyspnoe, schwere Erschöpfung, keine Peristaltik (Stethoskop-Untersuchung), Spannung des Abdomen, Gasabgang auf Einläufe. Peritonitis, Strangulation und Gangrän gibt die schlechteste Prognose. Autor hatte 43% Mortalität. — Als Todesursache wird in septischen Fällen die Wirkung der Bakterien und ihrer Produkte angenommen, in den mechanischen Absorption von Bakterien und Toxinen aus dem stagnierenden Darminhalt, Absonderung einer giftigen Substanz aus den abgeschlossenen Darmschlingen, die enorme Entwässerung des Körpers durch die gesteigerte Darmsekretion infolge Störung des Auerbach- und Meißner'schen Plexus. Autor bestreitet, daß Bakteriämie oder Toxämie Todesursache sei, verwirft daher Aderlaß und Transfusion, empfiehlt dagegen Enterostomie oder Magenspülung gegen die Aufblähung und Behebung des Flüssigkeitsmangels in den Geweben. In 3 Fällen eröffnete er durch die Operationswunde die geblähte Darmschlinge durch Incision mit Drain; 2 genasen, 1 starb an Peritonitis. 1 Fall mit Enterostomie starb an septischer Peritonitis, nachdem die Darmpassage wiederhergestellt. Westermann empfiehlt Dauerentleerung des Magens durch ein mehrere Tage liegendes Magenrohr. Der von Hartwell und Hoguet auf 5—10 l täglich berechnete Flüssigkeitsersatz durch subkutane Infusion ist klinisch nicht durchgeführt worden. Abführmittel sind wertlos. Atropin vermindert die Spannung der Schlinge oberhalb des Verschlusses, Eserin ruft Peristaltik hervor, gefährlich bei mechanischen. wertvoll bei traumatischen und Mißhandlungsileus. Morphium ist schädlich. Autor vertritt konservative Behandlung gegenüber dem Streben, jedesmal den Verschlußort auffinden zu wollen. *Mohr.*

Arcangeli, Adolfo, La dilatazione acuta post-operatoria dello stomaco e la sua patogenesi. (Die akute postoperative Magendilatation und ihre Pathogenese.) (*Osp. civ. Umberto I, Castelfidardo.*) Clin. chirurg. Jg. **21,** Nr. **3,** S. 535 bis 560. 1913.

Verf. erklärt die Erscheinung als Folge einer Insuffizienz der Nebennieren. Aus zwei eigenen Beobachtungen und einer dritten von Paoli ist hervorzuheben:

1. Chronische Appendicitis. Unter erschwerter Chloroformnarkose (100 cm.) wird mühsam ein stark verdickter adhärenter Wurmfortsatz entfernt. Nach 2 Tagen und bisher normalem Verlauf beginnt die typische Magendilatation. Die Bauchwunde platzt. Wegen Meteorismus der Därme wird ein Anus angelegt. Besserung. Am 5. Tage erneutes stürmisches Brechen, Diarrhöen, Exitus im Kollaps. Von der Wunde aus ließ sich eine enorme Magendilatation feststellen. 2. Incarcerierte Hernie. Reposition, Radikaloperation in Lokalanästhesie. Übernähen einer defekten Stelle. Am folgenden Tage Magendilatation und Brechen.

Magenspülung, Lagewechsel bringen vorübergehende Erleichterung. Bei erneuten stürmischen Symptomen, Brechen, Pulslosigkeit, Anurie werden Paraganglin Vassale dreimal 20 Tropfen gegeben. Sukzessive Besserung. 3. Große Schenkelhernie. Radikaloperation unter Chloroformnarkose. Vom 3. Tage ab Magendilatation, welche nach 10 Tagen zum Tode führte. Sektion unterlassen.

Nach Anführung verschiedener bekannter Theorien, welche das Krankheitsbild nicht genügend erklären, betont Arcangeli die Beobachtung von Reynier und Legueu, daß die Störung häufig bei Individuen auftrete, welche zu Hemmungseinflüssen disponiert seien; als solche seien auch aufzufassen die tiefe Prostration, der auffallende Kräftenachlaß und die psychische Schwäche. In Verbindung mit den Störungen am Darmtraktus sollen diese Erscheinungen entsprechen dem klinischen Bilde, welches bekannt ist als Insuffizienz der Nebennieren. Die akute postoperative Magendilatation sei bedingt durch eine Funktionsstörung der Capsula suprarenalis, welche entweder akut ausbricht (nach Ebstein charakterisiert als pseudoperitonitisches Phänomen; heftige Leibschmerzen, Muskelspannung, profuses Brechen, kleiner, frequenter Puls) oder aber chronisch latent durch eine längere Narkose ausgelöst werden kann, indem das Chloroform nach Delbet in der Capsula suprarenalis die Rindensubstanz zerstört. Für die Therapie empfiehlt A. Applikation von Nebennierensubstanz, Paraganglin Vassale, Adrenalin. *Hotz* (Würzburg).CH

Pettenkofer, W., Behandlung der postoperativen Darmparese resp. -paralyse. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 615—619. 1913.

Zur Bekämpfung der Darmparese sind elektrische Darmeinläufe den bisherigen internen Mitteln an Wirksamkeit überlegen und außerdem gefahrlos. Das Prinzip des elektrischen Einlaufes besteht darin, daß die in den Darm infundierte Flüssigkeit als Elektrode benützt wird. Die andere Elektrode wird auf das Abdomen aufgesetzt. Zur Vornahme des Einlaufes hat Verf. eine eigene Sonde konstruiert, die aus zwei Teilen, einem Gummirohr und einem darin liegenden Mandrin mit Kontaktschraube besteht. *Kindl* (Prag).CH

Ach, A., Arteriomesenterialer Ileus. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 721—724. 1913.

Der gastroduodenale oder arteriomesenteriale Ileus (die akute Magendilatation) kommt zustande dadurch, daß der Dünndarm ins kleine Becken verlagert ist und das Mesenterium hierdurch angestrafft wird; die Folge ist dann die Abschnürung des Duodenums durch die Arteria mesenterica sup. mit sekundärer Magendilatation. Oder aber nach anderer Forschung ist die Magenerkrankung das Primäre, und der Duodenalverschluß kommt erst sekundär hinzu. Verf. hat nun ausgedehnte Tierversuche angestellt und ist der Meinung, daß die akute Magendilatation das Primäre ist; er nimmt an, daß eine motorische Insuffizienz des Magens ausgelöst wird entweder durch die Narkose auf nervösem Wege oder aber durch die Operation ev. auf mechanischem Wege, die dann ihrerseits wiederum durch die Überfüllung des Magens zu einer Dilatation führt. Als Behandlung empfiehlt er Magenspülungen und Schnitzlersche Bauchlage, wodurch fast stets der Ileus zu beheben sei. Nur für die allerschwersten Fälle kommt seiner Ansicht nach die Gastroenterostomia retrocolica in Frage. *Knoke.*CH

Graeuwe, de, L'examen préopératoire de la résistance des opérés. (Prüfung der Widerstandskraft der Patienten vor den Operationen.) Journal de chirurg. Bd. **10**, Nr. 4, S. 433—442. 1913.

Nach de Graeuwes Erfahrungen sind zahlreiche unklare und meist als Shockwirkung, akute Sepsis, akute Magendilatation usw. gedeutete Todesfälle nach Operationen auf Niereninsuffizienz zurückzuführen, die die übliche Urinuntersuchung ante operat. nicht erkennen läßt. Er hält es daher für wichtig, sich vor der Operation von der Widerstandskraft des Kranken ein Bild zu machen. Ein Urteil darüber gibt ihm die Bestimmung des Blutgefrierpunktes und die Indigcarminprobe, die in einem ziemlich konstanten Verhältnis zueinander stehen. Ist $\delta = -0{,}56$ und $-0{,}57$, so tritt die Blaufärbung des Urins nach Injektion einer gelösten Merckschen Tablette zwischen 10 und 13 Minuten ein: sicher günstige Prognose; bei $\delta = -0{,}58$ und $-0{,}59$ (14 bis 15 Minuten Ausscheidungsdauer) sind oft leicht urämische Störungen zu erwarten, die

aber vorübergehen; bei $\delta = -0{,}60$ (30—40 Min.) ist die Prognose ernst, bei $\delta = -0{,}61$ fast stets letal. Es wird zunächst die Indigcarminprobe angestellt; gibt sie ein ungünstiges Resultat, so wird δ bestimmt und bei einem Wert von —0,61 die Operation abgelehnt bzw. nur bei vitaler Indikation ausgeführt. Der Wert dieser Funktionsbestimmungen zeigte sich in erster Linie bei der Prostatektomie (30 Fälle); aber auch bei anderen Operationen an den Harnorganen, bei akuten Infektionen, Cholecystitis, Appendicitis, Peritonitis und bei gynaekologischen Eingriffen erwies sich die Nierenfunktion als maßgebend für den postoperativen Verlauf. Eine Reihe von Beispielen, von denen besonders die ungünstig verlaufenen interessant sind, werden angeführt. Narkose, Operationstrauma und Antiseptica sind es, die das plötzliche Versagen der schon funktionsschwachen Nieren herbeiführen. Verf. wendet das Verfahren bei allen Personen über 50 Jahre an. *Vorderbrügge* (Danzig).[CH]

Allgemeine Infektionskrankheiten:

● **Mulzer, Paul, Diagnose und Therapie der gonorrhoischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis.** Berlin, Springer. 1913. IX, 131 S. M. 4,—.

Das in Anlehnung an bekannte größere Lehrbücher entstandene Compendium ist für den Studierenden und praktischen Arzt bestimmt. Es gibt diesem in knapper Darstellung unter Vermeidung aller unnötigen, verwirrenden Einzelheiten eine präzise Zusammenfassung der wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei den für die Allgemeinpraxis so wichtigen und häufigen gonorrhoischen Erkrankungen. Überall sind nur die brauchbaren bewährten Methoden geschildert. Das subjektive Gepräge, welches dadurch das Büchlein erhalten hat, gereicht ihm und seinen Lesern nur zum Vorteil. Der Inhalt gliedert sich in 19 Kapitel, die das Thema erschöpfend behandeln. *Blanck* (Potsdam).

Osburn, A. C., Result of the combined method of treatment on gonorrhoea. (Resultat der kombinierten Methode der Gonorrhöe-Behandlung.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **20**, Nr. 5, S. 585—586. 1913.

Die vom Verf. empfohlene kombinierte Methode der Gonorrhöebehandlung besteht in gleichzeitiger Anwendung von Irrigationen und Vaccinetherapie. Die letztere soll gleich einsetzen, nachdem das akute Stadium vorüber ist, d. i. nach Ablauf von 10 Tagen. In 38 Fällen wurde durch das Verfahren eine Abkürzung der Behandlungsdauer und Rezidivfreiheit erzielt. *Blanck* (Potsdam).

Thomson, H. Hyslop, Plea for uniform method of treatment with tuberculin. (Anregung für eine gleichmäßige Methode bei der Tuberkulinbehandlung.) Brit. med. journal Nr. **2731**, S. 926—927. 1913.

Verf. spricht den Wunsch aus, daß in den verschiedenen Distrikten Englands, in denen jetzt Heilstätten-(Sanatorium-) und Fürsorge- (Dispensary-) Behandlung eingeführt ist, eine gleichmäßige Methodik der Tuberkulinapplikation Platz greife; und zwar einmal, um Richtlinien für diese Art der Behandlung zu finden, und ferner, um zu verhüten, daß Tuberkulöse verschieden behandelt werden, wenn sie aus den Heilstätten in die Fürsorgebehandlung übergehen. Verf. gibt mehrere Behandlungsschemen für verschiedene Arten von Tuberkulin. *L. Bassenge* (Lichterfelde).[M]

Allgemeines über Geschwülste:

Firket, Ch., La production expérimentale d'un cancer et ses enseignements. (Die experimentelle Erzeugung von Krebs und ihre Lehren.) Scalpel et Liège méd. Jg. **65**, Nr. 42, S. 705—706 u. Nr. 43, 725—728. 1913.

Nach ausführlichem Referat der bekannten Versuche Fibigers (vgl. Berl. klin. Wochenschrift 1913, S. 289) über Magencarcinom bei Ratten nach Verfütterung von mit Nematoden infizierten Schaben, stellt Verf. sehr allgemein gehaltene, nichts Neues bringende Betrachtungen über Krebs auf entzündlicher Basis an. Er glaubt, daß, ähnlich wie bei Bilharzia und Gallenblasencarcinom, sich die Befunde Fibigers erklären lassen, als Krebswachstum begünstigt durch einen äußeren Reiz. Die letzte Ursache des Krebses wird auch durch die Untersuchungen Fibigers nicht erklärt. *Rost* (Heidelberg).[CH]

Castaigne, Traitement du cancer par le sulfate de quinine. (Krebsbehandlung mit Chininum sulfuricum.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. **26**, Nr. 3, S. 80—85. 1913.

Der Versuch, ein Carcinom mit Chininsalzen zu behandeln, ist nur bei inoperablen Carcinomen und Rezidiven zu machen. Das Chinin ist zwar kein Heilmittel, aber es führt nach Ansicht des Verf. Remissionen und Besserungen herbei. Es lindert die Schmerzen und verhindert Blutungen. Zur Verabfolgung des Chinins empfiehlt der Verf. folgende Lösung: Chininum hydrobichloricum 5,0, Aqua dest. 50 g. Es genügt von dieser jeden zweiten Tag eine Injektion zu machen. An den Zwischentagen soll unter gleichzeitiger Darreichung von säuerlichen Flüssigkeiten (Citronenlimonade) 0,3—0,4 Chininum hydrobichloricum per os verabfolgt werden. Konzentriertere Chininlösungen als die angegebenen machen Schmerzen, veranlassen Infiltrate und Abscesse an den Injektionsstellen. *Konjetzny* (Kiel).CH

Frank, Erich, und Fritz Heimann, Über Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Fermentreaktion beim Carcinom. (*Med. Klin. u. Frauenklinik, Univ. Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 631—633. 1913.

Die bisherigen Carcinomreaktionen haben alle eine nur sehr bedingte Verwertbarkeit. Abderhalden selbst hat die Anwendung seiner Reaktion für die Carcinomdiagnose angeregt. Die vorliegenden Untersuchungen wurden genau nach der Abderhaldenschen Vorschrift mit sorgfältig geprüften Dialysierschläuchen unter Verwendung von Ninhydrin ausgeführt. Bei der zunächst vorgenommenen Schwangerenuntersuchung hat sich die Ninhydrinprobe ausgezeichnet bewährt. Die weiteren Untersuchungen erstreckten sich auf 46 maligne Tumoren, und zwar 30 Uteruscarcinome und 16 andere Carcinome. Als abzubauendes Substrat wurden Uteruscarcinommassen gewählt. Ein Teil der Untersuchungen wurde anfangs mit der Biuretreaktion gemacht, die aber viel weniger exakt als das neue Ninhydrinverfahren arbeitet. Mit diesem boten sämtliche Uteruscarcinome das gleiche Ergebnis: die Sera zeigten mit Carcinom zusammen positive Reaktion. Dasselbe fand sich häufig sogar noch stärker, wenn statt des Carcinoms Placenta verwendet wurde. Mit den 16 Seren von Carcinomen anderer Organe war die Reaktion 14 mal positiv, 2 mal ließ sie im Stich. Die Reaktion ist häufig von Zufällen begleitet, die das Resultat trüben können, man muß sich sehr genau an die Abderhaldenschen Vorschriften halten, auch ist es dringend nötig, die Reagenzien stets nachzuprüfen. Sehr wichtig ist auch eine genaue Einhaltung der Temperatur; über 37° schadet. Wenn Carcinomseren auch mit Placenta positiv reagieren, so wird das durch die weitgehenden biologischen Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Carcinom erklärt, wie sie auch aus anderen biologischen Reaktionen, z. B. der Freund-Kaminerschen, der Antitrypsinsteigerung, dem Befund von Oxyproteinsäuren im Urin hervorgehen. Von den 46 Carcinomen waren 45, d. h. 97,8% der Fälle positiv, von Normalseren reagierten 19 = 95% der Fälle negativ. In einer Korrekturanmerkung teilen die Verff. mit, daß auch nach der neuen Vorschrift von Abderhalden Carcinomseren Carcinomgewebe und Placenta abbauten. Sie verfügen jetzt über ein Material von 54 Carcinomen mit 53, d. h. 98,2% positiven Reaktionen. *Kämmerer.*M

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Stolz, Max, Die Beziehungen der akuten Infektionskrankheiten zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 18, S. 541—547 u. Nr. 19. S. 569—575. 1913.

Die Erkrankungen der weiblichen Genitalien sind während der akuten Infektionskrankheiten selten und werden deswegen wenig beachtet, weil sie in den schweren Allgemeinsymptomen untergehen. Die Wirkung auf Menstruation und Schwangerschaft ist häufig ungünstig, indem bei letzterer der Tod des Fötus oder durch plötzliche Temperatursteigerung und endometrische, sowie placentare Veränderungen eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeigeführt wird. Stets verschlechtert sich die Prognose für Mutter und Kind, während die puerperalen Zustände die akuten Infektionskrankheiten verschlimmern. Verfasser schildert die Veränderungen der weiblichen Geschlechtorgane während verschiedener akuter Infektionskrankheiten.

als da sind: Typhus, (abdom. exenthemat., recurrens.) Masern, Scharlach, Pocken, Windpocken, Erysipel, Diphtherie, Influenza, Cholera, Malaria, Meningitis, Milzbrand, Tetanus, Ruhr und Rabies. Ein Übergreifen dieser Krankheiten auf die weiblichen Geschlechtsorgane in Form spezifischer Erkrankungen derselben wird sehr häufig beobachtet. *Hirschberg* (Berlin).

Helbing, H. H., The treatment of diseases of women. (Behandlung der Frauenkrankheiten.) Eclect. med. journal Bd. **73**, Nr. 3, S. 134—135. 1913.

Ohne irgendwelche Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Schachner, August, Dr. Ephraim McDowell „father of ovariotomy", his life and his work. (Dr. Ephraim McDowell, „Der Vater der Ovariotomie", sein Leben und sein Werk.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **24**, Nr. 267, S. 153—159. 1913.

McDowell wurde 11. November 1771 in Rockbridge County, Virginia geboren. Seine aus Schottland stammenden Vorfahren waren 1729 eingewandert. Seine Ausbildung erhielt er auf der Akademie zu Lexington, Virginia, bei Dr. Alex: Humphreys zu Stanton, Virginia und 1793—94 auf der Universität zu Edinburgh, wo er hauptsächlich den bekannten Chirurgen Bell hörte. In Danville, Kentucky, niedergelassen widmete er sich hauptsächlich der Chirurgie. 1809 vollzog er an Mrs. Crawford aus Green County, Kentucky die erste Ovariotomie. Die Patientin legte die 60 Meilen nach Danville zu Pferde zurück! Bei der Operation war die Bauchdecke über dem Tumor durch den Sattelknopf „reichlich gequetscht!" Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fielen die Därme vor und auf den Tisch! Der durch Incision um 15 Pfund trüber Flüssigkeit erleichterte Tumor wurde nach Unterbindung der Tube abgetragen, die Bauchhöhle durch Umwälzen der Patientin auf die Seite von Blut usw. entleert. 5 Tage später machte die Patientin selbst ihr Bett! — Erst 1816 berichtete McDowell über diese Operation. Aber erst 7 Jahre später wurde durch eine damals an seinen Lehrer Bell gesandte und John Lizars in die Hände gefallene Mitteilung die europäische und später auch die amerikanische Ärztewelt aufmerksam. Bekannt wurden noch 7 Ovariotomien von McDowell, davon eine mit tödlichem Ausgang. Auf anderen Gebieten hervorzuheben sind seine Hernienoperationen und Lithotomien (32 ohne Exitus); 25. Juni 1830 starb McDowell, Mrs. Crawford 30. März 1842. Des ersteren Überreste ruhen in Danville. *Mohr* (Berlin).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Sande, K. v., Spezifische Therapie des ansteckenden Scheidenkatarrhs mittelst lokal immunisierender Präparate. Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. **29**, Nr. 20, S. 365 bis 366. 1913.

Versuche, die durch Streptokokken erzeugten infektiösen Scheiden- und Vulvakatarrhe der Rinder durch „Colpitol" zu behandeln. Über die Herstellung des Präparates wird kein Detail angegeben; nur so viel wird gesagt, daß ein kolloides Pulver mit den Erregern zusammengebracht wird, wobei eine Anreicherung der immunisierenden Substanzen, die ja auch kolloid sind, in dem Gemisch stattfindet. Die Wirkung wird als lokal immunisierend aufgefaßt; das Epithel soll gegen die Streptokokken unempfindlich gemacht werden. Das Präparat ist unschädlich und wird als Streupulver und in Form von Ovulis angewendet. Erfolge sehr gut. Auch Goehler sah 30% Heilungen, in allen anderen Fällen Besserung. *Kermauner* (Wien).

Höfling, Hans, Die moderne Trockenbehandlung des Fluor albus mittels Tyren in kritischer Beleuchtung. (*Poliklin. f. Frauenleid. d. Prof. Dr. Dührssen, Berlin.*) Allg. med. Zentralzeit. Jg. **82**, Nr. 18, S. 214—215. 1913.

Tyren ist ein Jodbenzolderivat mit 30% Jodgehalt und wird zur Behandlung aller Arten von Fluor albus empfohlen, besonders bei Gonorrhöe. Technik: Säuberung der Vagina mit Wattetampons, Einführung von mit Tyren imprägnierter Gaze unter Leitung des Spekulums.

Ausstopfung der ganzen Vagina 2—3 mal wöchentlich; bei Urethralgonorrhöe 2—3 mal Einführung von 10 proz. Tyrenurethralstäbchen; bei Cervixuteruskatarrhen: Einführung von 10 proz. Tyrenuterinstäbchen (Apotheker Noffke - Berlin). Sehr gute Erfolge nach 3—4 Behandlungen. Billiger Preis. Fabrikation bei West - Laboratorium, Berlin - Wilmersdorf. *D. Grünbaum* (Nürnberg).

Zomakion, G. Th., Ein harter Schanker der Portio vaginalis uteri und seine Diagnostik. (*Klin. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Odessa.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. Bd. **116**, H. 2, S. 329—340. 1913.

Während im allgemeinen der Gynaekologe den harten Schanker der Portio für ziemlich selten hält, zeigen die Statistiken der Venerologen eine größere Häufigkeit, Fournier z. B. gibt 5% von Schanker an allen anderen Körperstellen an. Nach seiner Ansicht wird der harte Schanker der Portio leicht übersehen, infolge seiner anatomischen Lage und der Fähigkeit, spontan zu heilen. Notwendige Vorbedingung für seine Entstehung ist eine Läsion des epithelialen Überzuges, vielleicht sind die Erosionen bei Endometritiden besonders günstig, ebenso prädisponiert die Schwangerschaft durch die gelockerten Gewebe und die Menstruation durch die Blutüberfüllung der Beckenorgane. Lokalisiert kann der harte Schanker an einer ganz beliebigen Stelle der Cervix sein, ebenso die verschiedensten Formen annehmen, er kann sich auch nach dem Cervikalkanal erstrecken. Die Sklerose ist schwer festzustellen, weil man höchstens bei Uterusprolaps palpieren kann und die bindegewebige Portio sowieso sehr hart ist. Ferner fehlt fast immer, aber nur scheinbar, die begleitende Adenopathie, weil die Lymphwege des oberen Teiles der Vagina und der Cervix uteri sich in die parametralen hypogastrischen und iliacalen Drüsen ergießen, die infolge ihrer tiefen anatomischen Lage sehr schwer zu konstatieren sind, während zu den oberflächlichen und tiefen Inguinaldrüsen, die bei hartem Schanker der äußeren Geschlechtsorgane erkranken, die Lymphbahnen der letzteren und des unteren Teiles der Vagina führen. Ferner ist dem harten Schanker der Portio eigentümlich, daß er schnell heilen und in 3—4 Tagen seine charakteristischen Merkmale verlieren kann. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Ulcus molle, Erosionen und tuberkulöse Geschwüre, häufig wird nur Probeexcision mit mikroskopischer Untersuchung die Diagnose sicher stellen. Zomakion führt zwei eigene Fälle ausführlich an, mit Abbildungen mikroskopischer Schnitte. In dem einen Fall war die Induration deutlich ausgesprochen, im anderen nicht deutlich, da die ganze Portio hypertrophisch war. Wegen des leichten Übersehens des harten Schankers der Portio kann die Infektion schnell weiter getragen werden. *Bretz* (Bonn).

Uterus:

Cottenot, P., Traitement des métrites par l'étincelle de haute fréquence. Le curettage électrique. (Behandlung der Metritiden durch Hochfrequenzströme. Elektrisches Curettement.) Bull. off. de la soc. franç. d'électrothérap. et de radiol. Jg. **21**, Nr. 1, S. 15—17. 1913.

Verf. empfiehlt diese Behandlung bei chronischer und subakuterMetritis polypöser und glandulärer Form. Die Metallelektrode ist mit einem Glasperlenkranz umgeben und wird unter aseptischen Kautelen in das Cavum uteri eingeführt. Die Wirkung ist eine die Mucosa verschorfende, eine ableitende und eine indirekte auf das Perimetrium. Die Funkenlänge beträgt $1^1/_2$—2 cm, die Sitzung dauert 4—5 Minuten. In einer 2. Serie wird nach 3—4 Tagen die Kondensatorelektrode in den Uterus eingeführt. Die letztere Applikation erfolgt 3 mal wöchentlich, je 5 Minuten lang. Schmerzen und Blutungen verschwinden rasch. Nach 3—6 Wochen tritt Heilung ein. *Burk* (Stuttgart).

Skeel, R. E., The radical treatment of uterine fibroids based on their association with malignancy. (Die radikale Behandlung der Myome, gegründet auf ihre Kombination mit Malignität.) Cleveland med. journal Bd. **12**, Nr. 3, S. 166—168. 1913.

Verf. hat seinen früheren therapeutischen Standpunkt den Myomen gegenüber, nämlich nur dann zur Operation zu schreiten, wenn sie Anlaß zu schweren Störungen

oder drohender Gefahr geben, nach seinen jüngsten Beobachtungen zugunsten eines viel radikaleren aufgeben müssen. Den Hauptgrund sieht er darin, daß in einer sicherlich viel größeren Zahl maligne Geschwülste im myomatösen als im nicht myomatösen auftreten, und darum entschließt er sich jetzt nicht nur zur Erweiterung der Indikation, sondern verwirft auch die supravaginale Amputation, und bevorzugt die Panhysterectomie. Drei ausführliche Krankengeschichten begründen des Verf.'s Standpunkt.

Landau (Berlin).

Healy, William P., Fibromyoma uteri. Occurrence; complications; necessity for operation. (Fibromyoma uteri. Vorkommen; Komplikationen; Indikationen zur Operation.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 18, S. 922 bis 925. 1913.

Da Myome bei wenigstens 4% aller Frauen vorkommen, empfiehlt Verf. den praktischen Ärzten in allen einschlägigen Fällen die Vornahme der gynaekologischen bimanuellen Untersuchung, wodurch nicht nur die frühzeitige Diagnose von Myomen, sondern auch von Frühstadien der Cervixcarcinome viel öfter gestellt werden würde. Von den Komplikationen ist Pyosalpinx eine der wichtigsten, da in Zusammenhang damit oft Nekrose der Fibromyome und ausgedehnte, die eventuelle Operation erschwerende Verwachsungen der Gebilde im kleinen Becken vorkommen. Die nicht seltenen Herzstörungen bei Myomen betrachtet Verf. als eine lokale Erscheinung des durch die sekundäre Anämie geschädigten Allgemeinzustandes; sie sind myokardialer Natur, und wenn nicht zu veraltet, prognostisch günstig nach Entfernung des Tumors und Hebung des Allgemeinbefindens. Eine Indikation zur Operation bilden über das normale Maß gehende Blutungen wegen der sekundären Anämie und dadurch begünstigte Herzmuskelstörungen; ferner die Größe der Geschwulst, wenn sie einen für die Kranke wahrnehmbaren Grad erreicht und letztere dadurch psychisch leidet. Urinbeschwerden, schnelles Wachstum der Geschwulst, Schmerzen (meist durch entzündliche Zustände an den Adnexen bedingt), Stieltorsion geben meist eine strikte Indikation für einen operativen Eingriff ab. Die Operation der Wahl ist die konservative Myomektomie, außer bei entzündlichen Prozessen im Becken, sonst die supravaginale Hysterektomie mit Erhaltung eines oder beider Ovarien bei Patientinnen unter 40 Jahren; hierbei versäume man nie auf Carcinom der Uterusschleimhaut vor Beendigung der Operation zu fahnden. Bei der Komplikation von Myom mit Gravidität kommt frühzeitige Myomektomie oder Sectio caesarea am Ende der Gravidität in Betracht.

Hall (Graz).

Forgue, Emile, et Georges Massabuau, L'adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. (Allgemeine Adenomyomatosis des Uterus und Rectums.) Paris méd. Nr. 22, S. 525—529. 1913.

Man kann anatomisch zwei Formen unterscheiden: 1. die Adenomyomatosis, die sich auf den Uterus beschränkt und 2. die, welche infiltrierend vom Uterus ins Becken und die andern Beckenorgane vordringt. Bei der ersten ist der Uterus, meist an der Hinterwand, vergrößert, die Adnexe entzündlich verändert; die Schleimhaut ist verdickt, zottig, mit cystischen Einschlüssen. Mikroskopisch handelt es sich um eine Endometritis glandularis hypertrophica. Die Hauptveränderung sitzt aber in der Muscularis, deren Bindegewebe sehr stark vermehrt ist, so daß es das Übergewicht über die Muskelbündel erhält, trotzdem diese hypertrophisch sind. Zwischen den Bindegewebszügen liegen reichlich unregelmäßige, verzweigte Drüsenschläuche. Bei der zweiten Form besteht gewöhnlich ein Zusammenhang zwischen Uterus- und Rectumwand, gebildet durch adenomyomatöses Gewebe, das infiltrierend vom Uterus in das Rectum eindringt und histologisch dem von 1 gleicht. Pathogenetisch ist bei der ersten Art (entsprechend dem Adenoma myometrii diffusum R. Meyers) die Uterusmucosa der Ausgangspunkt der Neubildung. Der Zusammenhang der Mucosadrüsen mit den Schläuchen der Geschwulst ist sichergestellt. Für einen Teil der zweiten Form trifft dies auch zu, für den größeren Teil aber ist der Ursprung sehr wahrscheinlich in der

Serosa des Peritoneums zu suchen. Die Diagnose ist kaum exakt zu stellen, selbst nicht durch eine Abrasio. Bei der zweiten Form kommen Verwechslung mit fortgeschrittenem Uterus- oder Rectumcarcinom vor. Die Therapie besteht in der abdominellen Totalexstirpation. Teilweise und totale Rectumresektionen wurden gemacht, sind aber unnötig, da es sich um entzündliche Prozesse handelt und ein Zurücklassen von Gewebe nichts schadet. *Moos* (Breslau).

Faure, J. L., Indications opératoires dans le cancer de l'utérus. (Anzeigen zur Operation bei Gebärmutterkrebs.) Arch. mens. d'obstetr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 4, S. 324—333. 1913.

Es handelt sich um eine orientierende Arbeit des Verf., der seit 16 Jahren die abdominale Hysterektomie ausführt. Da die angeführten Thesen lediglich die allgemein gültigen Anschauungen wiedergeben, ist ein eingehendes Referat unnötig. Unter den Gegenindikationen betont Verf. die Fettleibigkeit der Frau ganz besonders. Die fette Frau ist ein „Terrain détestable". Verf. ist überzeugter Anhänger der Wertheimoperation; soll jedoch vaginal operiert werden, so empfiehlt er die Methode Schautas. Der alten vaginalen Totalexstirpation legt Verf. nur palliativen Wert bei. In technisch besonders verwickelten Fällen rät er auch zu einem kombinierten vagino-abdominalen Vorgehen. *Flatau* (Nürnberg).

Fischer, Bernh., Primäres Chorionepitheliom der Leber. (*Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **12**, H. 3, S. 462 bis 480. 1913.

Verfasser berichtet über ein primäres Chorionepitheliom der Leber, welches makroskopisch einem primären Angioendotheliom zum Verwechseln ähnlich sah, während die mikroskopische Untersuchung so total differente Strukturen zeigte, daß der eine Tumor auch nicht einmal irgendwelche Anklänge an die Strukturen der anderen Geschwulst aufwies.

Es handelte sich um eine 35jährige Frau, die nach der Geburt des zweiten Kindes arbeitsunfähig und „nervös" wurde. Es stellten sich Schwächegefühl, Schwindel, Schlaf- und Appetitlosigkeit ein. Etwa $1^1/_2$ Jahre nach der Geburt erkrankte Pat. unter heftigen Magenschmerzen, galligem Erbrechen, Husten und blutigem Auswurf; später stellte sich Ikterus und Fieber ein. Leber vergrößert, bis zum linken Rippenbogen tastbar, schmerzhaft; deutliche Zeichen schwerer Anämie (kernhaltige rote Blutkörperchen, Hämoglobingehalt 45%, Polychromophilie, Poikilocytose). Bei der Sektion zeigten sich schon äußerlich unter der Kapsel der vergrößerten Leber zahlreiche, zum Teil in Gruppen zusammenstehende, haselnußgroße, stark hämorrhagische, sich cystisch anfühlende, weiche Knoten, die sich deutlich von dem umgebenden grauroten Lebergewebe abhoben. Einer derselben war fast faustgroß. Während die Pfortader und ihre Äste, ebenso wie die Vena cava, sich auf dem Durchschnitte frei erwiesen, zeigten sich in den Ästen der Venae hepaticae in das Gefäßlumen vorragende, die Gefäßwand durchbrechende linsengroße, hämorrhagische Knoten, die in deutlichem Zusammenhange mit den Knoten der Leber standen. Im Pankreaskopf fand sich eine walnußgroße, derbe, z. T. hämorrhagische Geschwulst; die Lungen waren sehr blutreich. Die anatomische Diagnose „primäre, multiple, angiomatöse Tumoren der Leber" mußte nach der mikroskopischen Untersuchung aufgegeben werden. Die Leber befand sich im Zustande höchster Stauung; dieselbe war so groß, daß der größte Teil des Leberparenchyms zugrunde gegangen war. Die Geschwulstknoten selbst bestanden zum größten Teil aus geronnenem Blut und thrombusartig geschichteten Blut- und Fibrinmassen, durchzogen von Zügen zerstörter Leberzellen. Erst bei genauerem Suchen entdeckte man Tumorzellen (epitheliale Zellen, Riesenzellen und Syncytien. Große Unregelmäßigkeit der Zellbildung, Riesenkerne).

Handelte es sich demnach zweifellos um ein typisches Chorionepitheliom im Sinne Marchands, so war die Frage nach der Genese der Geschwulstbildung sehr schwierig. Die Pankreasgeschwulst erwies sich als Metastase; da alle Organe, auch der Uterus, frei von Geschwulstbildung waren, blieb nur die Annahme eines primären Chorionepithelioms der Leber übrig. Für die Entstehung eines solchen liegen zwei Möglichkeiten vor: Entweder es handelt sich um ein primäres Teratom der Leber mit einseitiger Entwicklung von Chorionepithel, oder um Chorionzotten, die bei der Gravidität verschleppt und durch retrograden Transport aus der Vena cava in die Leber gelangt sind. *Mettin* (Berlin).

Ewald, Karl, Über die Endergebnisse unserer Operationen wegen Retroflexio uteri. (*K. k. Sophien-Spit., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 21, S. 1281 bis 1286. 1913.

In der Zeit von 1903 bis 1909 wurden an 44 Frauen 47 Operationen wegen Retroflexio uteri ausgeführt. Nachuntersuchung nicht vor 1 Jahr. Die Vaginofixur der runden Mutterbänder und ihre einfache Verkürzung (3 resp. 5 Fälle) wurden bald aufgegeben, weil fast durchweg Rückkehr in die falsche Stellung eintrat. Die Vaginofixur des Uterus, wegen Retroflexio nur einmal angewandt, hatte gutes Ergebnis. Bei der Ventrofixation des Uterus (3 Fälle) kam es einmal zu andauernder Kränklichkeit infolge Stumpfexsudat nach Adnextumor. Nach Alexander-Adams wurde 14 mal operiert, möglichst mit Befestigung der Mutterbänder in den Leistenkanälen, wobei nur 1 Mißerfolg zu verzeichnen war. Am häufigsten und zuletzt fast ausschließlich wurde die Ventrofixation der Ligamente nach Doleris ausgeführt, wobei meistens der Bauch durch Querschnitt nach Pfannenstiel eröffnet wurde (23 Fälle). Bei den 10 nachuntersuchten Frauen befand sich der Uterus in tadelloser Stellung. Gegen Alexander-Adams spricht, daß erst nach der Operation beurteilt werden kann, ob der Zug an den Mutterbändern genügt hat, den Uterus in die richtige Lage zu bringen. Die Mutterbänder sind oft recht dünn und halten den erforderlichen Zug nicht aus, weichen auch zurück, manchmal so weit, daß die Bauchhöhle eröffnet werden muß. Die Infektionsgefahr der Leistenwunden erscheint Verf. größer als die der Laparotomie. Bei letzterer kann man überdies die Genitalorgane bequem übersehen und an ihnen, ev. auch am Wurmfortsatz, Eingriffe vornehmen. Fehldiagnosen und unvollständige Operationen sind daher seltener. Verf. kommt zu demselben Schluß, wie Schauta auf Grund seiner weit größeren Statistik: das Verfahren von Doleris übertrifft alle anderen an Sicherheit des Erfolges. *Wolff* (Königsberg i. Pr.).

Stansbury, H. H., A new instrument for replacing retro-displaced uteri. (Ein neues Instrument zur Aufrichtung des rückwärts gelagerten Uterus.) Americ. journal **27,** S. 110. 1913.

Das Instrument hat ungefähr die Gestalt eines stark gebogenen Hodgepessars, dessen vorderer Teil verlängert ist und als Handhabe dient. In der gewöhnlichen gynäkologischen Lagerung wird das pessarförmige Ende bis in das hintere Scheidengewölbe eingeführt und durch Senken des Griffes der Uterus gehoben, bis die äußere Hand hinter dem Fundus greifen und das Organ in die Anteflexionsstellung bringen kann. Verf. warnt vor zu brüsker Anwendung bei Vorhandensein von Adhäsionen. *Hall* (Graz).

Bandler, Samuel W., Vaginal surgery. A contribution to the science, with report of several illustrative cases. (Beitrag zur Lehre von den vaginalen Operationen, mit Bericht über einige einschlägige Fälle.) New York med. journal Bd. **97,** Nr. 16, S. 797—801. 1913.

Besprechung der Dührssen-Bandlerschen Operation bei Descensus uteri (Vaginaefixur), der vaginalen Eingriffe bei ektopischer Schwangerschaft und der vaginalen Hysterektomie nach verschiedenen Methoden (Klemm- und Ligaturmethode, Morcellement, Spaltung des Uterus) unter Anführung von acht Fällen, welche nichts Neues bringen. *Schmid* (Prag).

Brackett, Edward S., Pyosalpinx after vaginal hysterectomy — tubal pregnancy — co-incident with intra-uterine pregnancy. (Pyosalpinx nach vaginaler Hysterektomie. — Tubargravidität gleichzeitig mit intrauteriner Gravidität.) Providence med. journal Bd. **14,** Nr. 3, S. 120—123. 1913.

54jährige Patientin. Vor 12 Jahren vaginale Hysterektomie. 19. II. 1912 heftige Schmerzen im Unterleib mit 10tägiger Entleerung von Eiter aus Fistel in der Scheidennarbe. Am 4. IV. 1912 daselbst eine nußgroße, rötliche, gestielte leicht blutende Geschwulst, die nach Umschneidung und Herabziehen des ihr anhaftenden Rohres sich als das Fimbrienende der linken Tube erweist. Salpingektomie. Da eine starke Vorwölbung der hinteren Vaginalwand durch Hernie des Douglas vorhanden, Anfrischung der Scheidenschleimhaut daselbst, Raffung der schlaffen Wand durch Nähte. Perineoplastik. — Das Tubenende war nach der Hysterektomie mit der Scheidennarbe verklebt und infizierte sich von der Scheide aus. — 40jährige

Patientin. 28. V. 1912 Menstruation eine Woche zu früh. 26. VI. 1912 Erschöpfungszustand. Nach 4 Tagen auf Terpentinspülungen wehenartige Schmerzen in der Gegend des rechten Ovariums, geringe Blutung. Nach 4 Tagen Abgang eines Foetus und Blutklumpen. Nach 8 Tagen und am 20. und 26. VI. heftiger Schmerz mit Kollaps. Blutungen. 16. VIII. Operation: Rechtsseitige Tubargravidität. *Mohr* (Berlin).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Tédenat, E., et A. Rives, Kystes tubo-ovariens. (Tubo-Ovarialcysten.) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. 19, S. 203—206. 1913.

Das Lumen der Tube kann mit einem pathologischen Hohlraum im Ovarium kommunizieren; ist letzterer ein Absceß, so ergibt sich der Tubo-Ovarialabsceß, ist er eine Cyste — Tubo-Ovarialcyste. Der Tubo-Ovarialabsceß ist ziemlich häufig, die Cyste viel seltener. Makroskopische Beschreibung des äußeren Aussehens der Tubo-Ovarialcysten. Die Abgrenzung der Tube gegen das Ovarium ist von außen nicht leicht, oft unmöglich. Größe der Tubo-Ovarialcysten. Tube und Ovarium kommunizieren durch eine relativ kleine Öffnung (3—20 mm). Von außen ist an dieser Stelle eine Einziehung des Tumors meist nicht zu bemerken. Diese Kommunikation findet in den meisten Fällen durch das Ostium abdominale statt, viel seltener findet eine Kommunikation des mit der Tube verklebten Ovariums durch sekundäre Perforation der verklebten Wände statt. In der Tube findet sich meist eine frische oder ältere Salpingitis, am Ovarium ein- oder mehrkammerige Cysten, die in seltenen Fällen eine papillomatöse Innenfläche aufweisen. Die letztgenannten Fälle sind ätiologisch interessant. Verf. beschreibt einen Fall, bei dem die papillomatösen Wucherungen am Ovarium in die Tube einwucherten und so die Kommunikation herstellten. Beschreibung des in den verschiedenen Fällen vorkommenden Cysteninhalts. Ätiologisch spielt die Entzündung eine große Rolle. Die früher angenommene kongenitale Entstehung und die Annahme, daß Tube und Ovarium gelegentlich der bei der Ovulation auftretenden Oberflächenverletzung verwachsen, sind nicht stichhaltig. Schwierig zu erklären ist das Zustandekommen der Öffnung im Ovarium nach der Verwachsung und der unmittelbare Übergang von Tuben in Ovarialwand, ohne daß irgendwo eine Übereinanderlagerung beider zu konstatieren wäre. Die Ausdehnung des Ostium abdominale der Tube bestand nach Verf. allermeist schon vor dem Zustandekommen der Kommunikation mit dem Ovarium und ist nicht etwa durch die Spannung der Cyste bedingt. Klinisch lassen sich die Tubo-Ovarialcysten nicht mit Sicherheit diagnostizieren, sie machen keine spezifischen Symptome. Sehr häufig findet man in der Anamnese starke Dysmenorrhöe. Therapeutisch wird bei Tubo-Ovarialcysten wie bei Pyosalpingen verfahren. Beschreibung von 7 eigenen Fällen. *Hauser* (Rostock).

Gosset, Kyste dermoïde de l'ovaire droit, avec productions dentaires décelées à la radiographie et pouvant faire penser à un calcul de l'uretère droit. (Dermoidcyste des rechten Ovariums mit Wachstum von Zähnen, die das Röntgenbild zeigte und die an einen Stein des rechten Ureters hätten denken lassen können.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 16, S. 707—709. 1913.

Es handelt sich um eine Kranke von 40 Jahren, die seit 4 Jahren die Symptome von Appendicitis zeigte. Die genaue Untersuchung ergab außer der chronischen Appendicitis einen rechtsseitigen tuboovariellen Tumor und Ren mob. dext. Auf dem Röntgenbild sah man 2 Querfinger breit unterhalb der Articulatio sacroiliaca dextra einen dreieckigen Schatten, der für einen Ureterstein gehalten wurde. Es wurde die Appendektomie und die rechtsseitige Salpingoophorektomie gemacht, der rechte Ureter war ohne Stein. Zwei in der Dermoidcyste enthaltene, zusammengewachsene Zähne, hatten einen rechtsseitigen Ureterstein vorgetäuscht. *Bretz* (Bonn).

Hellier, John B., A clinical lecture on pelvic cellulitis. (Klinischer Vortrag über Beckenzellgewebsentzündungen.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 6, S. 81—89. 1913.

Klinische Studie über 54 Fälle puerperaler Parametritis und Perimetritis, die sich in drei Gruppen teilen lassen: 1. Saprämie bei putriden Lochien und Retention von Eihäuten, die Infektion geht nicht über das Uteruscavum hinaus; 2. eitrige Becken-

zellgewebsentzündung mit Peritonitis, septischer Phlebitis in Uterus- und Beckengefäßen mit bald tötlichem Ausgange; 3. chronische Infektionen mit langsamerem Verlauf, spontanem Rückgang oder Vereiterung: Beckenphlegmonen, Phlegmasia alba, Pyosalpinx, peritoneale Abscesse, von denen die Beckenzellgewebsentzündungen genauer betrachtet werden; eine Reihe von Abbildungen veranschaulichen die wechselnde Lage des Exsudates. Von selteneren Ausbreitungen des Eiters erwähnt er einen Durchbruch nach dem Gesäß, ferner einen unter dem Leistenbande am Oberschenkel dem Gefäßspalt entlang bis zur Innenfläche des Knies. Von den chronischen Infektionen gingen spontan zurück 25, es vereiterten 27. Das differentialdiagnostisch in Frage kommende Hämatom im Lig. lat. beginnt plötzlich, fieberlos und es sind menstruelle Unregelmäßigkeiten dabei, die auf bestehende Schwangerschaft deuten. Intraperitoneale, den Adnexen angehörende Vereiterungen machen mehr rundliche teilweise cystische Schwellungen, gehen selten bis an die Beckenwandung und sind oft doppelseitig. — Die akuten Fälle enden meist tötlich, bei den chronischen gute Prognose. — Ätiologisch kommt meist mangelnde Asepsis in Frage, auch spielt die geringe Sauberkeit in den unteren Volksschichten eine Rolle. Behandlung: Umschläge, heiße Vaginalduschen, Ichthyol- und Glycerintampons, Incision der Abscesse an den Stellen des Durchbruches, an der Beckenwand oder in der Vagina. Die Serumtherapie ist nutzlos, die Heißluftbehandlung weist nur geringe Erfolge auf. *Rittershaus* (Coburg).

Treon, Frederick, Pelvic cellulitis. (Beckenbindegewebsentzündung.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 7, S. 198—200. 1913.

Der Verf. unterscheidet zwei Formen der akuten Pelveoperitonitis, die primäre, welche auf lymphatischem Wege durch Infektion einer Cervix- oder Uteruswunde mit pathogenen Keimen erfolgt, und die sekundäre, bei welcher der Infektionsherd (meist Gonorrhöe) in der Tube, im Eierstock, in der Blasenwand oder im Rectum sitzt und von da aus durch Kontinuität das Beckenbindegewebe infiziert. Er führt 4 Fälle solch primärer Form an. *Klein* (Straßburg i. E.).

Bauchorgane:

Dobbert, F. A., Tausend Laporatomien. (*Alexandrows Zufluchtsheim, St. Petersburg.*) Monatsschr. f. Gynaekol. u. Geburtsh. **28,** H. 4, S. 563—588. 1913. (Russisch).

Bericht über 1000 Laparotomien, die gemacht worden sind im Laufe von 14 Jahren. Teilung der Fälle in 2 Gruppen, entsprechend den Wendepunkten in der Entwicklung der Operationen. Die erste Gruppe (500 Fälle) gehört den Jahren: 1898 bis 1902 bis 1908 an. (Anwendung des resorbierbaren Nähmaterials, Operation nach Wertheim 1902). Die anderen 500 Fälle wurden operiert zwischen 1908—1911—1912. (Strenges Nichtinfizieren der Hände 1908 und Einführung der Gummihandschuhe 1911.) In der ersten Hälfte der Laparotomien betrug die Todeszahl 5,2%. Von den anderen 500 Operationen wurden 135 mit Gummihandschuhen gemacht. Todesfälle in 2%. Autor meint, daß durch die Gummihandschuhe keine Herabsetzung der allgemeinen Sterblichkeit erreicht worden ist. Was die Sterblichkeit infolge septischer Prozesse anbetrifft, an denen die Operation selbst die Schuld trägt, so ist eine unbedeutende, vielleicht scheinbare Besserung eingetreten. Dobbert kommt in seinem Berichte zu folgenden Schlüssen: Gute Operationsresultate sind auch ohne Handschuhe möglich, bei einwandsfreier Technik, aber nicht umgekehrt. 2. Die Gummihandschuhe gewähren mehr Sicherheit in der aseptischen Durchführung der Operation und ermöglichen eine bessere Heilung der extraperitoneal gelegenen, minder widerstandsfähigen Wunden. *Ginsburg* (Breslau).

Singley, John D., The operative technic of strangulated hernia. (Die operative Technik der eingeklemmten Hernie.) (Med. soc. Pennsylvania. Scranton sess., sect. of surg., 24. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 5, S. 376—381. 1913.

Nichts Neues. Es sei hervorgehoben die Befürwortung der Lokalanästhesie mit

Novocainlösung 1: 1000 + Adrenalin. Allgemeinnarkose wird — im Gegensatz zu 2 Diskussionsrednern — nur in wenigen seltenen Fällen unter größter Vorsicht zugegeben. — Betonung ausgiebiger Schnitte zur guten Übersicht. — Von den Methoden, über die Lebensfähigkeit der eingeklemmten Darmschlinge zu entscheiden, sei erwähnt, daß Blutung der Serosa nach kleinem Nadelstiche für genügende Ernährung spreche. Bei Unsicherheit: Vorlagern des mit Gaze umgebenen Darmes oder Umlagern mit Gaze und so Zurücklagern mit Cigarettdrain auf die Wundtiefe, oder das Helferichsche Verfahren: Vorlagern und Enteroanastomose etwas höher. Bei Gangrän: Übernähung oder Excision der Stelle. Wahrung glatter Passage. Bei circulärer Gangrän — sofern sie 3—4 Zollbreite nicht überschreitet — nach Guinards Vorschlag totale Invagination der gangränösen Partie abwärts. Bei ausgedehnter Gangrän: Anus präternaturalis oder Resektion, jenen für verzweifelte, diese für günstigere Fälle. Nahtanastomose dauern kaum länger als eine solche mit Murphyknopf. Ein jeder operiere nach seiner Gewohnheit. — Zum Schluß einige Bemerkungen zur eingeklemmten veralteten Nabelhernie, bei denen bisweilen der Darm bereits das Heimatrecht im Abdomen verloren habe. Dann ev. nur Durchtrennen des Schnürringes und Ermöglichung glatter Darmpassage durch Lösung von Adhäsionen. Die hohe Mortalität in solchen Fällen komme namentlich auf Kosten der Pneumonie. Schlußfolgerung: Radikalkuren sind, wenn gerechtfertigt, das Beste; in Grenzfällen solle man nicht zu viel riskieren, und lieber zweite Operationen für spätere Zeit aufsparen. *Heße* (Greifswald).

Collins, Arthur N., Strangulated inguinal hernia in early infancy. (Strangulierte Inguinalhernie in frühester Kindheit.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 8, S. 223—230. 1913.

Collins berichtet über eine eingeklemmte Inguinalhernie bei einem Kinde von 17 Tagen. Am 18. Tage nach der Geburt wurde wegen Erbrechens und Verfall des Kindes in Chloroformnarkose die Herniotomie, Erweiterung des Bruchsacks, Reposition mit gutem Erfolg ausgeführt. In so früher Zeit sind bisher nur 2 Fälle operiert, ein dritter am 19. Tage. Die Fälle von 1—6 Monaten sind nicht so selten. Es folgt eine ausführliche Literaturzusammenstellung, aus der nur erwähnt sei, daß unter 15 000 Fällen von Inguinalhernien bei Erwachsenen ein Drittel angeboren ist (Coley). *Penkert* (Halle a. S.).

Federici, Nicolino, Resezione intestinale per varietà speciale e rara di ernia crurale strozzata. (Darmresektion bei seltener Abart von eingeklemmter Cruralhernie.) (*Osp. civ., Orzinuovi.*) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34,** Nr. 46, S. 480—481. 1913.

Fall von Resektion eines Darmwandbruchs im Cruralbruchsack bei 75jähriger Frau. Heilung. Verf. betont, daß dieser Ausgang ein außerordentlich seltenes und merkwürdiges Ereignis sei und empfiehlt bei Brucheinklemmungen auch im hohen Alter die Resektion zu machen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).CH

Guleke, Zur Technik der Fascientransplantation. (*Chirurg. Klin., Straßburg i. E.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 18, S. 683. 1913.

Guleke verwendet zur „möglichst schonenden“ Entnahme der Fascie eine von ihm konstruierte Klemme mit parallel sich verschiebenden Branchen, an welchen kleine, nach auswärts sehende Häkchen sich befinden. Diese werden, nachdem die Klemme der Größe des zu deckenden Defektes entsprechend eingestellt ist, in die Fascia lata eingehakt unter Spannung. Der Fascienlappen wird umschnitten, läßt sich leicht von der Unterlage abnehmen und wird mit der Klemme auf den Defekt übertragen. Hier wird er an den Ecken mit je einer Catgutnaht fixiert und mit 4 fortlaufenden Nähten wasserdicht eingenäht. Ein Anfassen des Lappens, auch mit Pinzette, ist nicht nötig. *Schmitz* (Eschweiler).CH

Ginsburg, Nathaniel, The surgical treatment of epigastric and umbilical hernia combined with lipectomy in certain cases. (Die chirurgische Behandlung der epigastrischen und Nabelbrüche kombiniert mit Fettresektion.) Internat. clin. **23, 1,** S. 139—145. 1913.

Ginsburg hält das reichlich entwickelte Fettpolster der Bauchwand für ein wichtiges ätiologisches Moment in der Genese der epigastrischen und umbilicalen Hernien

und glaubt daher, daß die prinzipielle Entfernung des übermäßigen subcutanen Fettes im Anschluß an die Radikaloperation dieser Brüche nicht nur aus kosmetischen Gründen, sondern auch mit Hinsicht auf die Vermeidung der Rezidive wünschenswert sei. Er macht deshalb einen größeren Hautschnitt und entfernt das überflüssige Unterhautfett noch vor dem Verschluß der Bruchpforte. Nachdem auch dies nach der Methode Mayo geschehen ist, verschließt er die Hautwunde mit durchgreifenden Silknähten, welche auch die vordere Rectusscheide breit mitfassen. Subcutane Catgutnähte werden wegen Gefahr der Eiterung verworfen. *Poly* (Budapest).[CH]

Báron, Alexander, und Theodor Bársony, Über die Röntgenuntersuchung der Hernien. (*Chirurg. Univ.-Klin., Budapest.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84,** H. 1, S. 265—272. 1913.

Die Röntgenuntersuchung der Hernien dient 1. zur Diagnose schwer durch die üblichen Methoden erkennbarer Brüche (Hernia obturatoria, ischiadica, lumbalis, umbilicalis [bei fetten Bauchdecken], diaphragmatica, intraabdominelle Hernien), 2. zur Feststellung des Bruchinhalts: Kontrastfüllung des Magens, der Harnblase (Kollargol), wenn diese Organe als Bruchinhalt nicht ausgeschlossen werden können. Dünndarm als Bruchinhalt zu diagnostizieren, kann selbst bei stündlicher Kontrolle nach eingenommener Wismutmahlzeit nicht glücken, da das Wismut diesen sehr schnell durchläuft. Auch der Dickdarm ist nicht immer leicht zu erkennen, da er bei ungenügender Füllung vielfach seine haustralen Segmentationen vermissen läßt. Im Zweifelsfalle wird aber ein nachträglicher Wismuteinlauf Aufklärung bringen. Adhärenter Dickdarm wird bei Repositionsversuchen, ob sie gelingen oder nicht, durch einen Einlauf immer zu diagnostizieren sein, adhärenter Dünndarm nur dann, wenn die Reposition einer wismutgefüllten Schlinge nicht gelingt. Gelingt die Reposition nämlich, so kann sehr wohl (siehe oben) außer der wismutgefüllten Schlinge noch leerer Darm im Bruch vorhanden sein, der natürlich röntgenologisch nicht zu erkennen ist. Zum Schluß ein instruktiver Fall, bei dem klinisch eine Resistenz medial vom Coecum gefühlt wurde, die in einen in einem vorhandenen Unterleibsbruch festgestellten harten Tumor überging. Es war Druckempfindlichkeit und erhöhte Temperatur vorhanden. Die vor der Röntgenuntersuchung gestellte Diagnose „Appendicitis in Hernia" wurde in „Netztorsion" geändert, nachdem röntgenologisch ein sehr hochstehendes Coecum konstatiert worden war. Die Operation bestätigte die Diagnose: Netztorsion. 5 Röntgenschemata. *Eugen Schulze* (Berlin).[CH]

Walther, Éventration spontanée, traitée et guérie par la gymnastique abdominale. (Spontan entstandener Bauchbruch, mit Bauchgymnastik behandelt und geheilt.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 17, S. 747—749. 1913.

Eine Rectusdiastase von 9 cm Breite ließ sich durch 4 Monate lang konsequent durchgeführte Bauchgymnastik zum Verschwinden bringen. Diskussion. *Holzbach* (Tübingen).

Grant, W. W., Ligneous phlegmon of the abdominal wall. (Holzphlegmone der Bauchwand.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. **14,** S. 1039 bis 1042. 1913.

Reclus hat zuerst 1893 über 5 Fälle von Holzphlegmone des Nackens berichtet. Es ist jetzt bekannt, daß eine Holzphlegmone an jedem Körperteil auftreten kann. Grant stellt die in den Jahren 1910—1912 von amerikanischer und italienischer Seite (Powers, Panzer, Andrews, Todd — Fasano, Guasoni, Consentino, Suse) veröffentlichten Fälle zusammen. Es handelte sich bei diesen vielfach um „Holzphlegmonen der Bauchwand" im Anschluß an Herniotomien, Radikaloperationen von Hernien und Appendektomien. G. beschreibt zwei selbst beobachtete Fälle von Bauchwandphlegmone nach Radikaloperation einer Hernie bzw. nach wiederholter Appendicitisattacke. Das auslösende Moment für die Holzphlegmone ist nach G. ein Infektionsprozeß mit oder ohne Trauma. Die Keime weisen ver-

ringerte Virulenz auf. Die langsam zunehmende, protrahierte Entzündung befällt Fascie und Muskeln, zuletzt die Haut. Die Lymphdrüsen sind nicht beteiligt. Mit malignen Geschwülsten (Sarkomen) ist eine Verwechslung leicht möglich. Immer besteht Hyperleukocytose. Therapeutisch empfiehlt G. Incision, nicht Excision der Geschwülste und Serumbehandlung. In dem einen mitgeteilten Fall hat G. eine Ausheilung erst durch Einspritzungen gemischter Staphylokokkenvaccine in die harte Masse hinein erzielt. *Gebele* (München).CH

Wollin, H., Ein cystischer Tumor der Bauchdecken. Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 16, S. 205—206. 1913.

Bei einem 58jährigen Manne entwickelte sich innerhalb eines halben Jahres in den vorderen Bauchdecken zwischen Spina iliac. ant. und Nabel eine hühnereigroße cystische Geschwulst, welche, wie sich bei der Operation zeigte, zwischen Peritoneum und Muskulatur lag und welche auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als Enterocystom anzusprechen ist. Es ist dies der fünfte bekannt gewordene Fall von Enterocystom. *Rubesch* (Prag).CH

Ferguson, John, Medical aspects of septic peritonitis. (Ansichten über die septische Peritonitis.) Canada Lancet Bd. **46,** Nr. 6, S. 439—445. 1913.

Man teilt die septische Peritonitis in primäre und sekundäre ein. Die primäre septische Peritonitis ist hämatogen, bedingt durch Allgemeininfektion. Sie geht auch unter dem Namen der idiopathischen oder rheumatischen Peritonitis. Bei der sekundären Peritonitis wurden als Erreger gefunden: der Kolibacillus, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Pneumokokkus, Pyocyaneus, Proteus, Typhus. Auch Mischinfektion und reine Gonokokkenperitonitis kommt vor. Die Infektion kann ausgehen von mechanischem Ileus, von einer Perforation von Magen oder Darm, und von den Beckenorganen, wie z. B. einer Salpingitis, der Stieldrehung eines Tumors, dem Platzen einer Extrauteringravidität oder eines Follikels. Bei der septischen Peritonitis sind 2 Punkte beachtenswert: 1. Die Keime können den Darm durchwandern, ohne daß er verletzt zu sein braucht. 2. Sehr viel hängt ab von der Widerstandskraft des Peritoneums, das nicht durch mechanische oder thermische Schädigungen, Ascites, Nierenkrankheit in seiner Vitalität beeinträchtigt sein darf. Bei Peritonitis infolge Magenperforation werden meist Pneumokokken, bei der Appendix-Peritonitis meist Koli- und Streptokokken gefunden, bei puerperaler Peritonitis handelt es sich in der Regel um Streptokokken. Am harmlosesten ist der Staphylococcus albus und der Gonokokkus, am gefährlichsten der Streptococcus pyogenes und der Pyocyaneus. Das Peritoneum reagiert auf die Infektion zuerst mit Hyperämie, dann mit Leukocytose und Exsudatbildung. Da 90% aller Fälle chirurgisch anzugreifen sind, kommt alles auf eine frühzeitige Diagnose durch den praktischen Arzt an. Differential-diagnostisch kommt in Frage geplatzte Tubargravidität, akuter Darmkatarrh, Leibschmerzen infolge von Pleuritis oder Pneumonie, Hysterie, Darmverschluß, Pancreatitis acuta, Ruptur der Gallenblase. Die wichtigsten lokalen Symptome sind: Schmerzen, Bauchdeckenspannung, die charakteristische Haltung mit angezogenen Knien und erhobenem Kopfe, Erbrechen, der Leib ist anfangs eingezogen, später aufgetrieben. Gewöhnlich besteht Obstipation, nur bei puerperaler Peritonitis Diarrhöe. Die allgemeinen Symptome sind Kollaps, hoher Puls, ängstliches Aussehen, beschleunigte costale Atmung, wechselndes hohes Fieber, der spärliche Urin enthält Eiweiß und Indican. Bevor man operiert, ist der Pat. sofort in Fowlersche Lage zu bringen; per os nur Wassersuppe und Kochsalzlösung rectal. Opiate sind verboten, Magenspülungen. Mit der Operation darf man nicht zu lange warten. Während und vor allem nach der Operation empfehlen sich permanente Kochsalzclysmen, Vaccine und Sera, Eserin, Pituitrin und sorgfältigste Ernährung. *Vogt* (Dresden).

Ferguson, John, Medical aspects of septic peritonitis. (Ansichten über die septische Peritonitis.) Canad. journal of med. a. surg. Bd. **33,** Nr. 2, S. 115 bis 124. 1913.

Die primäre septische Peritonitis ist hämatogen. Die sekundäre Peritonitis ist bedingt durch den Colibacillus, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Pneumo-

coccus, Pyocyaneus, Proteus, Typhus und Gonokokkus. Die Infektion geht aus von Magen oder Darm, der Appendix oder den Beckenorganen. Am harmlosesten ist der Staphylococcus albus und der Gonokokkus, am gefährlichsten der Streptococcus pyogenes und der Pyocyaneus. Da 90% aller Peritonitisfälle chirurgisch anzugehen sind, kommt alles auf eine frühzeitige Diagnose durch den praktischen Arzt an. Die wichtigsten lokalen Symptome sind: Schmerzen, Bauchdeckenspannung, die charakteristische Haltung mit angezogenen Knien und erhobenem Kopfe; daneben schwere Allgemeinsymptome, hoher Puls, Fieber, ängstliches Aussehen, beschleunigte costale Atmung. Vor der Operation Fowlersche Lage und nur rectale Ernährung mit Magenspülungen. Möglichst frühzeitige Operation. Nach der Operation permanente Kochsalzclysmen, Vaccine und Sera, Eserin und Pituitrin, sorgfältige Ernährung. *Vogt* (Dresden).

Bruce, Herbert A., Treatment of diffuse septic peritonitis. (Behandlung der diffusen septischen Peritonitis.) Canad. journal of med. a. surg. Bd. **33,** Nr. 3, S. 186—188. 1913.

Verf. berichtet über 282 Fälle von diffuser septischer Peritonitis infolge von Appendicitis, die er in den Jahren 1907 bis 1912 beobachten konnte. Die Fälle beweisen, daß eine sukzessive Verminderung der Todesfälle während dieser Periode stattgefunden hat, und zwar um so stärker, je früher operiert wird. Die Mortalität sank bei frühzeitiger Operation von 27,2% auf 9,2%. Ebenso zieht er aus den übrigen Beobachtungen von diffuser septischer Peritonitis bei Magenperforation, Gallenblasenperforation, Darmperforation usw. den Schluß, daß die frühzeitige Operation die besten Chancen gibt. Einen Fall von Magenperforation hat er durchgebracht, obwohl die Perforation sich 2 Wochen vor der Operation ereignete. Hier aber war es ein Zufall, daß der Magen leer war, daß die Perforation an der Vorderseite der kleinen Kurvatur saß, und so die günstigen Bedingungen für Adhäsionsbildung und Abkapselung des Abscesses gegeben waren. *Weißwange* (Dresden).

Watson, B. P., General peritonitis in gynecological and obstetrical practice. (Allgemeine Peritonitis in der gynaekologischen und geburtshilflichen Praxis.) Canada Lancet Bd. **46,** Nr. 6, S. 429—435. 1913.

Verf. geht des näheren auf die verschiedenen Arten der Peritonitis ein, auf ihre Ätiologie und Behandlung. Nichts wesentlich Neues. *Penkert* (Halle a. S.).

Enderlen, Gesichtspunkte und Thesen zur Peritonitisfrage. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 593—605. 1913.

Das große Diskussionsthema der bayerischen Chirurgenversammlung wird in Form von Thesen behandelt, welche den heutigen Standpunkt der Anatomie, Physiologie, Diagnostik und Klinik erschöpfend zusammenfassen. Wesentlich ist für die Therapie, daß man die klassischen, allgemein bekannten Symptome der Peritonitis nicht abwarte, sondern unter Allgemeinnarkose durch eine rasche, aber schonende Entfernung der Entzündungsursache die Quelle der Peritonitis beseitige. Drainage, besonders nach dem Douglas, mäßige Tamponade, weitgehender Verschluß der Bauchhöhle sind die sicheren Fundamente. Spülung nur bei diffuser Perforationsperitonitis mit Überschwemmung durch Darminhalt; dann unter Eventration. Für die Nachbehandlung werden empfohlen Steillage, rectale oder intravenöse NaCl-Infusionen, Campher. Neben diesen gesicherten Grundlagen sind andere Vorschläge, wie Zucker- und Campherölbehandlung usw., von zweifelhaftem Wert. *Hotz* (Würzburg).[CH]

Hugel, Zur Behandlung der Peritonitis mit Campheröl. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. **3,** S. 606—607. 1913.

Bericht über schlechte Erfahrungen. In zwei Fällen von appendicitischem Absceß ergab sich verzögerte Heilung und metastatische Eiterungen. Bei Gallenblasenperforation trat nach Campherölung Sopor, Tetanus und schließlich Exitus ein unter Vergiftungserscheinungen. Erklärung: Triolein und Natron der Galle bilden Seifen, welche toxisch wirken. Im Tierversuch trat Somnolenz und Lähmung der Hinterbeine auf. Verf. warnt deshalb vor Campherölung bei galliger Peritonitis. *Hotz.*[CH]

Gray, H. M. W., and William Anderson, Remarks on abnormal intra-abdominal developmental adhesions. (Abnorme intra-abdominal entwickelte Adhäsionen.) Lancet Bd. 184, Nr. 19, S. 1300—1306 u. Nr. 20, S. 1373—1375. 1913.

Gray und Anderson stellen die nicht gewöhnlichen Adhäsionsbildungen in der Bauchhöhle zusammen, die als Entwicklungsanomalien anzusehen und nicht fälschlicherweise als pathologische Verwachsungen gedeutet werden müssen. Es sind dies im oberen Teil der Bauchhöhle a) Bindegewebsstränge, die bei der Operation der hinteren Gastro-enterostomie oder bei der Magenresektion ab und an zu Gesicht kommen und hier kaum als entzündliche Erscheinungen zu betrachten sind. b) Bindegewebszüge, die die Gallenblase manchmal in ihrer ganzen Ausdehnung überscheiden können, ferner das Duodenum und die Vorderfläche des Pylorus. c) Membranen am Übergang des Duodenums zum Jejunum. Letztere können Veranlassung zu Störungen bei der ausbleibenden Funktion der Gastroenterostomie geben, und zur Abknickung und Schleifenbildung an dieser Stelle führen. d) eine flächenhafte Adhäsion am unteren Ileum, die der Laneschen Falte entspricht und vom Ileum nach dem Coecum hinüberziehen kann in mehr weniger großer Ausbreitung. e) eine Membran, die bisweilen die ganze Appendix umkleidet und dadurch eine freie Beweglichkeit derselben verhindert, dadurch zu Stauungen in derselben Veranlassung geben kann. f) Jacksons Membran, die unter der Leber hervorziehend die Außenseite des Colen ascendens bedeckt und ins große Netz weitergeht. g) Das Coecum mobile steht einerseits mit der Jacksonschen Membran in Zusammenhang, ist infolge einer reichlichen Entwicklung dieser beweglich und auch dadurch, daß sein Mesocolon nicht straff genug mit den hinteren parietalen Flächen verbunden ist. Es macht nur Erscheinungen, wenn eine Abknickung an der Lebergegend oder in der Gegend der Milz zustandekommt. h) Adhäsionen in der Gegend der Milz (Payrsche Krankheit), diese kommen zustande durch ungenügendes Auswachsen des Omentums nach der Milz zu. i) Verwachsungen im Mesosigmoideum, die öfter eine Knickung und dadurch behinderten Durchgang der Kotballen verursachen können. Auf der linken Seite stehen sie mit dem Lig. lat. bei der Frau im Zusammenhang, auch mit dem linken Ovarium; da in diesen Adhäsionen Blut- und Lymphgefäße ziehen, so kann von hier aus eine Weiterleitung krankhafter Prozesse auf das Ovarium erfolgen, Dilatation der Venen, Schmerzen usw. Diese kongenitalen Adhäsionen finden sich gewöhnlich bei sehr großen, schlank gebauten Personen, in der Hauptsache beim weiblichen Geschlecht. Allgemeine Übelkeit, gestörte Darmpassage sind die Hauptcharakteristika. Die Pat. haben allerhand chronische Beschwerden, die auf eine Intoxikation zurückgeführt werden können. Die Darmträgheit ist sehr ausgesprochen, und nachdem die Trägerinnen sich an alle möglichen Abführmittel gewöhnt, ist vielfach kaum noch Stuhl zu erzielen, die Entleerungen sind sehr schmerzhaft, ohnmachtsähnliche Anfälle spielen sich vor dem Stuhlgang ab. Die Autoren führen drei eklatante Beispiele von Adhäsionen in der Gegend der Flexura hep. und am Coecum an, die nach Beseitigung durch Laparotomie eine vollkommene Heilung fanden. Die Röntgendiagnose mit Wismutbrei ist dabei sehr wertvoll. Auch für die Adhäsionen an der Gallenblase führen Verff. Beispiele an. Die Adhäsionen an der Plica duodenojejunalis führen zu Abknickungen, Magendilatation und Erbrechen, Störungen nach Gastroenterostomien usw. Nach Sicherstellung der Diagnose sind, wenn bei der Laparotomie vor den Hindernissen Blähungen und Auftreibungen der entsprechenden Darmabschnitte bestehen, die Adhäsionen zu lösen. Für die einzelnen abnormen kongenitalen Falten geben die Verff. besondere Schnittrichtungen und Auslösungen der Därme an. Sorgfältige Peritonisierung, eventuell Überkleidung mit Netzstücken ist selbstverständlich. Nach der Operation empfehlen die Autoren gründliches Abführen. Nach 24 Stunden, wenn die Pat. nicht brechen, eine ordentliche Mahlzeit zur Anregung der Darmtätigkeit, vom 3. Tag ab stündlich 1 g Calomel, bis zu 3—5 g. Wenn am nächsten Morgen noch kein Stuhl erfolgt ist, wird eine große Dose Bittersalz und dann nach weiteren 3 Stunden Erfolglosigkeit, ein Terpentinklystier gegeben. Die Prognose

dieser Operationen ist recht günstig, und die Erfolge sind recht zufriedenstellend. Eine 60jährige Patientin kam ad exitum, operiert wegen akuten Ileus in der Gegend der Jacksonschen Falte. *Penkert* (Halle a. S.).

Delassus, Péritonite tuberculeuse, opérée deux fois suivie de grossesse normale. (Tuberkulöse Peritonitis; zweimalige Operation mit nachfolgender normaler Gravidität.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** S. 110 bis 112. 1913.

29jährige Nullipara Juni 1910 und Januar 1911 wegen tuberkulöser Peritonitis mit Ascitesbildung laparotomiert. Autopsie ergibt weitgehende tuberkulöse Veränderungen der Netz- und Darmserosa, beide Male in ungefähr gleichem Ausmaße. 18 Monate nach der 2. Operation beendet eine spontane, normale Geburt eines reifen Kindes eine normal verlaufene Schwangerschaft. September 1912 ist die Gesundheit der Patientin „vollkommen".

Verfasser bedauert das Fehlen von Beobachtungen über Schwangerschaft bei Peritonitis tuberculose in der Literatur. *Freund* (Wien).

Gy, Abel, Diagnostic et traitement des ascites. P. 1. u. 2. (Diagnose und Behandlung des Ascites.) Bull. gén. de thérapeut. méd., chirurg., **obstétr.** et pharmaceut. Bd. **165,** Nr. 2, S. 33—64 u. Nr. **4,** S. **117—134.** 1913.

Eingehende Schilderung der Symptome und Diagnose. Bei der Therapie macht Verf. auf Komplikationen nach der Punktion aufmerksam: Anämie des Bauchfells, schwerer Ikterus, Verletzung der Art. epigastrica, Hämatemesis, Herzdilatation. Nach Besprechung der inneren Behandlung des zugrunde liegenden Herz- oder Nierenleidens erwähnt er bei der atrophischen Cirrhose neben Talma die sapheno-peritoneale Anastomose, die Autoserotherapie des Ascites, wobei nach Punktion sofort 10—200 ccm der Flüssigkeit subcutan eingespritzt werden, ferner die Verabreichung der stark diuretisch wirkenden Zwiebeln. Bei Tuberkulose empfiehlt er nach Punktion Auswaschung mit Borwasser usw., Jodanstrich, Kompression. *Frank* (Köln).CH

Curran, G. R., Conservation in some conditions of surgery of the intestines. (Konservatives Verfahren bei gewissen Aufgaben der Darmchirurgie.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 4, S. 111—113. 1913.

1. Invagination zur Ausschaltung gangränöser und gangränverdächtiger Darmstücke. Verf. sah die Operation bei Kocher in Bern bei gangränöser Hernie, bei Charles L. Gibson zur Vereinigung des oberen Sigmoideum-Endes mit dem Rectum nach Resektion des Sigmoideums, er selbst hat die Invagination bis zu einer Länge von 6 Zoll bei über 12 Fällen mit gutem Erfolg ausgeführt.

Technik: Zentrum des zu invaginierenden Stückes wird mit einer Klemme gefaßt und in den unteren Darmabschnitt geschoben. 3 Haltenähte (bleibend), die obere und untere gesunde Darmpartie zusammenzuhalten: je eine an jeder Seite des Mesenteriums, eine im Zentrum der Darmperipherie. Darüber tiefe fortlaufende Zwirnnaht (mit tiefen! Stichen).

2. Enteroanastomosis zur Umgehung ausgedehnter Resektionen. *Michael.*

Schapiro, Nicolai, Über die Wirkung von Morphium, Opium und Pantopon auf die Bewegungen des Magen-Darm-Traktus des Menschen und des Tieres. (*Chirurg. Univ.-Klin., Basel.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **151,** H. 1—3, S. 65 bis 96. 1913.

Verf. hat die Wirkung von Morphium, Opium und Pantopon auf die Bewegungen des Magen-Darm-Traktus des Menschen und des Tieres mittels Röntgen-Serienaufnahmen untersucht. Die früheren dahingehenden Untersuchungen anderer Autoren waren fast ausschließlich an Tieren vorgenommen worden, hatten auch zu widersprechenden Resultaten geführt. Verf. experimentierte an einem Hunde „mit Dauerfistel am einseitig ausgeschalteten Dünndarm", um den Dünndarm getrennt vom Magen röntgenologisch untersuchen zu können, und am Menschen (gesunden und kranken Menschen, auch an Darmfistelpatienten), wobei er sich die Tatsache, daß die Rechtslagerung nach der Mahlzeit genügt, um die Entleerung des Magens erheblich zu beschleunigen, zunutze machte, um den Einfluß der Magenmotilität bei Untersuchung des Darmes möglichst einzuschränken. Bei den „Fistelmenschen" war er imstande, in den betreffenden Darmabschnitten den Einfluß der nachrückenden Speise von oben her zu eliminieren. Verf.

kommt zu dem Schlusse, daß die Wirkung der Opiate auf den Verdauungstraktus des Menschen eine außerordentlich mannigfaltige ist: nur in einem Teil der Fälle ließ sich eine Verzögerung der Entleerung des Magens und der Durchwanderung des Dünndarms durch Opiumderivate konstatieren; fast regelmäßig machte sich dort, wo der Magen ausgeschaltet war, sei es durch Ausheberung und Rechtslagerung oder bei Dünndarmfistel, eine deutliche Verzögerung des Transportes in den unteren Dünndarmschlingen bis über das Doppelte des Normalen geltend. Es schien, als ob durch Kontraktion des Sphincter ileocoecalis ein Hindernis gebildet werde. Auf den Dickdarm hatten Opiate auch in großen Dosen bezüglich des Tonus und der Motilität keine sichtbare Wirkung. Die klinisch feststehenden stopfenden Eigenschaften derselben, welche weder durch die Wirkung auf den Magen, noch durch diejenigen auf den Gesamtdarm erklärt werden, sind nach Ansicht des Verf. eine Folge der Abschwächung bzw. zeitweiligen Ausschaltung des Defäkationsreflexes, welche zu einer Verlängerung des Aufenthaltes des Inhaltes im S romanum und Rectum führt. Der Unterschied in der Wirkung der verschiedenen untersuchten Derivate war unbedeutend und inkonstant. (Pantopon wirkt schwächer als das in halb so großer Dosis verwandte Morphium.) *Oehler.*CH

Mauclaire, La péricolite membraneuse. (Pericolitis membranacea.) (*Hôp. de la charité.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24**, Nr. 2, S. 22—25. 1913.

Verf. hat 3 Fälle operiert, bei denen er auf Grund der klinischen Symptome und des Röntgenbildes die Wahrscheinlichkeitsdiagnose hatte stellen können. Ein Tumor war jedoch vorher nicht auszuschließen. Die Operation bestand in Lösung der Adhäsionen; 1 Fall bekam ein Rezidiv, wurde wieder operiert und starb, die beiden anderen sind zunächst geheilt; wie lange, wird nicht mitgeteilt. Das Leiden hat seinen Sitz gewöhnlich am Colon ascendens bzw. transversum, führt zu Schrumpfungen derselben und zu Knickungen an der Flexura hepatica, zuweilen auch an der Flexura lienalis. Es ist in der Regel begleitet von Störungen der Darmtätigkeit und Erscheinungen von Kolitis. Die Perikolitis ist stets sekundärer Natur, die Folge einer Appendicitis oder ulcerösen Kolitis. Eine rationelle Therapie setzt also auch die Beseitigung dieser Leiden voraus. *Herzfeld* (Berlin).CH

Stubenrauch, v., Technik der temporären Enterostomie bei Peritonitis und Inanitionszuständen. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 608—614. 1913.

Nach Eröffnung des Peritoneums, gewöhnlich links, wird die zunächst der Bauchwunde gelegene Dünndarmschlinge vorgezogen. Auf ihrer Kuppe werden in einem Abstande von 1 cm 2 Haltefäden angelegt und die Darmserosa an das Peritoneum pariet. ringsum durch fortlaufende Naht fixiert. In die Darmfalte wird eine mit Obturator versehene Metallkanüle von ca. 3 mm Querdurchmesser eingestochen, der Obturator entfernt und über den olivenförmigen Ansatz der Kanüle ein ableitender Gummischlauch gestülpt. Das bewegliche Schild der Kanüle wird quer zur Wundachse über den Hautrand gelegt und mit Leukoplast fixiert. Die Kanüle wird erst dann entfernt, wenn Abgang von Gasen per vias naturales erfolgt ist. Decubitus der inneren Darmwand wurde nie gesehen. — In der gleichen Weise kann die Enterostomie zum Zwecke der Nahrungszufuhr bei vorübergehenden Inanitionszuständen ausgeführt werden. *Kindl* (Prag).CH

Sultan, C., Eine seltene Indikation zur Darmresektion. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 761—762. 1913.

Von einer Frau war ein Sterilett (Obturator uteri) mehrere Monate lang getragen worden. Wegen schmerzhafter Blutungen wurde von einem Arzte zwecks Curettage mit Hegarschen Stiften dilatiert. Nach der Dilatation wurde die Uterushöhle ausgetastet und darin ein Tumor gefühlt, der als Polyp angesprochen wurde. Beim Vorziehen desselben mit der Abortzange stellte es sich heraus, daß es sich um eine Dünndarmschlinge handelte. Von der Bauchhöhle aus wird die in einer Ausdehnung von 20 cm ihres Mesenteriums beraubte Dünndarmschlinge reseziert. Es wird angenommen, daß durch das Sterilett ein Decubitalgeschwür hervorgerufen und an dieser Stelle mit dem Hegarschen Stifte oder der Abortzange eine Perforation gesetzt wurde. *Wortmann* (Berlin).CH

Burkhardt, L., Die operative Behandlung des Coecum mobile. (*Allg. Krankenh., Nürnberg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 642—651. 1913.

Bei der Krankheit, welche Coecum mobile genannt wird, ist das Coecum nicht nur abnorm beweglich, sondern auch erweitert und verlängert. Die Beschwerden bestehen in Schmerzen in der Blinddarmgegend und Obstipation. Wenn die interne Therapie versagt, rät Verf. zur Operation. Dieselbe besteht in der Fixation des Coecums und

in der Verkleinerung desselben durch Raffung. Auf diese Weise hat Verf. 6 Fälle operiert, in 5 weiteren Fällen hat er noch die Fixation des ptotischen Colon transversum hinzugefügt. In je einem Falle wurde die Coecoraphie oder die Coecopexie allein ausgeführt. 9 Patienten wurden nach der Operation vollständig geheilt, 4 hatten weiter geringe Beschwerden. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Rheindorf, Über das Vorkommen der Oxyuris vermicularis im erkrankten exstirpierten Wurmfortsatze des Erwachsenen. (*St. Hedwigs-Krankenh., Berlin.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 16, S. 623—628. 1913.

Rheindorf dehnt seine Untersuchungen über die Wurmfortsatzentzündung ex oxyure, über die er für das kindliche Alter ausführliche Mitteilungen gebracht hat, auf Erwachsene, d. h. auf Personen über 16 Jahre aus und findet in makroskopisch gar nicht oder nicht nennenswert veränderten Wurmfortsätzen in 32% der Fälle Oxyuren. Die Wurmfortsätze entstammen Kranken sowohl mit akuten, als mit chronischen Entzündungserscheinungen. Die histologischen Befunde beim Erwachsenen entsprechen denen beim Kinde. Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: „Bei chronischen Beschwerden der Erwachsenen, bei denen ausschließlich ziehende Schmerzen (auch bohrende, schneidender Natur) in der Appendixgegend bestehen, die besonders bei Bewegungen zunehmen, ist an die Möglichkeit einer Oxyureninfektion zu denken. Auch wenn im Stuhle nichts nachweisbar ist, ist bei derartigen Patienten eine Wurmkur angezeigt. Erkranken derartige Patienten akut mit Fieber an Appendicitis, so ist die Wurmkur sofort auszusetzen, weil eine solche möglicherweise große Gefahren in sich birgt. In diesen Fällen tritt entweder die Appendektomie oder die innere Behandlung in ihre Rechte. Ist die Appendektomie ausgeführt worden, so sind derartige Processus genau auf die Anwesenheit von Oxyuren zu prüfen und müssen einer ausgiebigen histologischen Untersuchung unterzogen werden. Durch systematische Vergleichung der klinischen Symptome und des pathologisch-anatomischen Befundes soll versucht werden, die Klinik dieses Leidens klarzustellen. Im Anschluß geht Rh. auf die Arbeit Aschoffs „Appendicopathia oxyurica" (dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 270) ein. Er hält Aschoff gegenüber an seinem Standpunkt fest, daß die von ihm beschriebenen und abgebildeten Veränderungen nicht Kunstprodukte sind und daß die Oxyuren keine so harmlosen Schmarotzer darstellen, wie Aschoff annimmt.

zur Verth (Kiel).CH

Werner, N. L., Some very acute cases of appendicitis in childhood. (Einige sehr akute Fälle von Appendicitis im Kindesalter.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 8, S. 231—233. 1913.

Die 5 berichteten Fälle bieten nichts besonders Bemerkenswertes. Verf. verspricht sich von der Leukocytenzählung bez. der Prognose der Sepsis günstige Aufschlüsse und tritt für baldigste Operation ein. *Penkert* (Halle a. S.).

Whiteside, J. D., Appendicitis with symptoms of diseases of the urinary tract. (Appendicitis mit Symptomen, welche auf eine Erkrankung der Harnorgane hinweisen.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 1, S. 1—3. 1913.

Whiteside berichtet über drei Fälle von Appendicitis, die mehr weniger mit dem Symptomenkomplex einer Nierenkolik begannen; in zwei Fällen bestand auch Hämaturie. Genaue Untersuchung auch unter Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens erwies in allen Fällen die Appendix als Sitz der Erkrankung, die dann auch entfernt wurde und sich jedesmal auch als pathologisch verändert erwies. Promptes Abklingen aller Symptome jedesmal nach der Appendectomie und rasche Genesung. Auch die Hämaturie verschwand. W. deutet die Hämaturie als durch Toxinresorption bedingt. *Hannes* (Breslau.)

Brooks, C. D., The treatment of acute appendicitis. (Behandlung der akuten Appendicitis.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 1, S. 21—23. 1913.

Nichts Neues. *zur Verth* (Kiel).

Krecke, A., Über chronische Appendicitis. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 572—577. 1913.

Es sind zwei Arten der chronischen Appendicitis zu unterscheiden, nämlich die anfallsfreie Form und diejenige Form, welche mit einem ausgesprochenen akuten Anfall begonnen hat. Die familiäre Appendicitis wird auf suggestiv-epidemische Einflüsse zurückgeführt. Krecke hat gute definitive Resultate bei der Wurmamputation, doch führt er die 85% mehr oder minder vollkommener Heilungen auf eine suggestive Wirkung der Operation zurück; als feststehend nimmt er an, daß die Entfernung des Wurmes wegen chronischer anfallsfreier Appendicitis in der Mehrzahl der Fälle zur vollkommenen Heilung führt; wenn aber der gute Erfolg ausbleibt, so supponiert er eine Erkrankung des ganzen Dickdarmes. Es schließen sich Betrachtungen über das Coecum mobile an. *Colley* (Insterburg).CH

Longard, C., Beitrag zur Behandlung der akut eitrigen Appendicitis. (Bericht über eine zusammenhängende Serie von 100 Fällen.) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 1, S. 123—138. 1913.

Zusammenfassende Arbeit des einheitlichen Materials einer Serie von 100 Fällen akuter eitriger Appendicitis mit Perforation und Beteiligung des Peritoneums aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Forst-Aachen. Die Ergebnisse beweisen den Vorteil der möglichsten Frühoperation, sobald die Diagnose gestellt ist. An den 100 Fällen wurden im ganzen 177 Operationen vorgenommen mit einer Gesamtmortalität von 16% oder auf die Zahl der Operationen verrechnet von 9%. Abgesehen von einer Pleuraempyemoperation wurden alle übrigen Operationen entweder zur Beseitigung eines Bauchbruches oder wegen Ileuserscheinungen vorgenommen. Im Anschluß an die Primäroperation finden sich 16 Todesfälle (10 Peritonitis, 4 Sepsis, 2 Ileus). An der eigentlichen Sekundäroperation ging kein Patient zugrunde. Nach einem Überblick über die klinischen Erscheinungen, Diagnose und Therapie folgt zum Schluß eine tabellarische Statistik der 100 Fälle. Bei Peritonitis bevorzugt Longard trocknes Austupfen und hat eine Besserung seiner Resultate gesehen, seitdem er etwa 50 ccm Campheröl in die Bauchhöhle gießt. *de Ahna* (Potsdam).CH

Bérard, Léon, et Paul Vignard, Diverticules et kystes de l'appendice. (Divertikel und Cysten des Wurmfortsatzes.) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. 15, S. 157 bis 159. 1913.

Nach eingehendem Referat über die bisherige Literatur besprechen die Verff. an der Hand einer schematischen Abbildung die Unterschiede zwischen echten und falschen Divertikeln des Wurmfortsatzes und betonen, daß letztere an beliebiger Stelle, breit mit dem Lumen des Wurmfortsatzes kommunizierend, die Muscularis durchbrechend, ihre Entstehung durch Entzündungsvorgänge dadurch zeigen, daß die Schleimhaut zerstört ist. Die echten Divertikel dagegen finden sich an Stellen der Gefäßeintritte, also am Ansatz des Mesenteriolum, zeigen eine enge Kommunikation mit dem Lumen des Wurmfortsatzes und sind, zum Teil durch Muskulatur umgeben, mit Schleimhaut ausgekleidet. Auch in ihnen lokalisieren sich leicht Entzündungen, so daß die Schleimhaut dann verloren geht. Die Divertikelappendicitis unterscheidet sich nicht von der sonstigen, verläuft aber häufig milde und zeigt „Formes frustes".

Dafür bringen die Verff. eine Beobachtung:

Bei einem 45jährigen Chauffeur mit chronischen Ileocöcalschmerzen fand sich in dem operativ entfernten Wurm, $1^1/_2$ cm von der Spitze entfernt, eine Ulceration, die eine enge Kommunikation mit einem eitergefüllten erbsengroßen Raum, gegen das Mesenteriolum zu gelegen, aufwies und außerdem noch mit in Zerstörung begriffener Schleimhaut ausgekleidet war. Über die cystischen Erweiterungen des Wurmfortsatzes wird nur aus der vorhandenen Literatur referiert. *Schmidt* (Würzburg).CH

Bertelsmann, Soll im Intermediärstadium der akuten Appendicitis operiert werden? (*Rotes Kreuz, Kassel.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122**, H. 1/2, S. 155 bis 157. 1913.

Die Tatsache, daß Bertelsmann auch im Intermediärstadium der Appendicitis operiert, hat ihm keinen Todesfall verschuldet. Das gereizte Peritoneum befindet sich in einem Zustand höherer Wehrkraft. Bei einer akuten Appendicitis liegen daher

die Verhältnisse für den Eingriff günstig, indem alle Wehrkräfte des Organismus sich in mobilem Zustand befinden. Dieselben Verhältnisse liegen aber auch noch im Intermediärstadium vor. Anders bei abgekapseltem Absceß, der bereits so fest gegen die übrige Bauchhöhle abgeschlossen ist, daß er auf sie keinen Reiz mehr auszuüben vermag. B. operiert in beiden Fällen. Er schützt beim Absceß, wenn er der Bauchwand nicht anliegt, die Bauchhöhle durch sorgfältige Tamponade. Auch in der Schwierigkeit der Versorgung des Wurmfortsatzes und in der Gefahr der Entstehung von Bauchbrüchen sieht er keinen Grund, auf die Intermediäroperation zu verzichten.
zur Verth (Kiel).CH

Balás, Desider, Die Bedeutung chirurgischer Eingriffe in der Bauchhöhle bei Kindern. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 1, S. 61—93. 1913.

Verf. bespricht vorwiegend auf Grund der Erfahrungen und Statistiken anderer Autoren die Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Appendicitis, des Ileus und der Peritonitiden im Kindesalter und legt seine Ansichten dar, ohne wesentlich Neues zu bringen. Als die häufigsten Ursachen des Ileus werden Koprostase, Perityphlitis und Darminvagination angeführt. Bei der Pneumokokkenperitonitis wird man wegen der schwierigen Differentialdiagnose im Frühstadium meist sofort operieren. Bei der diffusen eiterigen Peritonitis soll ausgespült werden, wenn große und fibrinreiche Exsudate vorhanden sind. Drainagerohre mögen nicht zu früh entfernt werden. Die Gonokokkenperitonitis soll abwartend behandelt werden. Bei der exsudativen Form der tuberkulösen Peritonitis wird, wenn möglich, konservativ vorgegangen und mehr aus sozialen Gründen operiert. Die fibro-caseosen und fibro-adhäsiven Formen geben öfters Anlaß zu chirurgischem Eingreifen. *v. Khautz* (Wien).CH

Hüttl, Theodor, Über die Aktinomykose des Wurmfortsatzes. (*Chirurg. Univ.-Klin., Budapest.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 1, S. 291—298. 1913.

Die Aktinomykose des Bauches beginnt in 50% der Fälle in der Blinddarmgegend. Doch ist bei der Eigenart des Fortschreitens aktinomykotischer Erkrankungen durch ausgebreitete Verwachsungen, Vernarbungen und Abscesse schwer zu bestimmen, ob der Wurmfortsatz oder der Blinddarm den Ausgangspunkt darstellt; daher ist die zusammenfassende Bezeichnung Perityphlitis actinomycotica berechtigt.

Verf. beobachtete und operierte mit Erfolg eine 48jährige Feldarbeiterfrau an Aktinomykose der Blinddarmgegend und konnte nachweisen, daß der Wurmfortsatz selbst den Ausgangspunkt darstellt. Inkubationsdauer unbekannt; Krankheitsbeginn mit Appendicitis actinomycotica; Dauer des „Anfangsstadiums“ (erste Manifestation bis zur Geschwulstbildung) 11 Jahre; Diagnose durch die sich langsam entwickelnde, harte, höckerige, in der Mitte erweichte Geschwulst mit typischem (Barth u. a.) durch die Bauchdecken fühlbarem, hartem Narbenstrang vor der Operation gestellt; Operationsprognose der hier vorliegenden chronischen Form günstig; Verwachsungen auffallend leicht von den Darmwänden zu trennen; Jodkali wirkte spezifisch auf die Körnchen des Strahlenpilzes. *zur Verth* (Kiel).CH

Fonyó, Johann, Über die Appendicitis der Frauen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Budapest.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 84, H. 1, S. 273—290. 1913.

Fonyó berichtet aus der Budapester chirurgischen Klinik aus den Jahren 1892—1911 über Appendicitisfälle bei Frauen. Unter 27 995 behandelten Kranken waren an Appendicitis erkrankt 540, davon 299 Männer und 241 Frauen (Verhältnis 1,24 : 1). Operiert wurden von diesen 305 Männer und 181 Frauen. In 451 Fällen wurde der Wurmfortsatz entfernt. Von den 181 Frauen wurden 161 nur wegen Appendicitis operiert, 14 mittels Incision. Mit Schwangerschaft und Wochenbett kombiniert waren 4 Fälle von Appendicitis, mit genitalen Tumoren Appendicitis 11mal (6mal mit Adnextumoren, 2mal mit Fibromen, 1mal mit Cystom, 1mal mit Extrauteringravidität, 1mal mit einem Stumpfexsudat). Mit Dysmenorrhöe fand sich einmal gleichzeitig Wurmfortsatzentzündung, ebenso 1mal mit Ren migrans. F. berichtet dann noch ausführlicher über 24 appendicitische und 12 nicht appendicitische, rein gynaekologisch-chirurgische Fälle, die wegen der differentiellen Diagnose bemerkenswert sind.

Bei den Frauenkrankheiten, die in diese Gruppe gehören, unterscheidet er 1. entzündliche, intra- oder extraperitoneale entzündliche Veränderungen der rechtsseitigen Adnexe, Gonorrhöe, Tuberkulose, allgemeine Infektion, lokale gemischte Infektion und die früher häufigeren Stumpfexsudate nach Unterbindung mit Seide. 2. Die sackartige entarteten Veränderungen der rechten Adnexe, sowie die serösen, eitrigen oder mit solidem Inhalt gefüllten und nach rechts gegen Coecum und Appendix verlagerten Eierstocks- und Eileitertumoren, Cysten mit Torsion, außerdem die rechtsseitigen

Dermoide. 3. Die rechtsseitig entwickelte extrauterine Gravidität und deren Folgezustände. Die Übertragung und Senkung des eiterigen Prozesses einer Appendicitis ist leichter als die aufwärts erfolgende Infektion der Appendix von den Adnexen. Manche Fälle zwingen zur abwartenden Therapie, im allgemeinen aber ist der chirurgische Standpunkt, recht- und frühzeitige Laparotomie, der richtigere. *Penkert* (Halle a. S.).

Boehme, Gustav F., The differential diagnosis between pneumonia and appendicitis. (Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Appendicitis.) Med. record **83**, S. 567—570. 1913.

Es gibt Krankheitsbilder, bei denen eine frühe Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Appendicitis unmöglich ist. 6 dahin gehörige Fälle werden aufgeführt. Differentialdiagnostisch verwendbar sind der Schmerz, bei Pneumonie scharf und lanzinierend, bei Appendicitis zunächst kolikartig im Epigastrium, später ständig in der rechten Fossa iliaca; Nausea und Vomitus, die, wenn sie zunehmen, für Appendicitis sprechen; Empfindlichkeit des Bauches gegen Druck, bei Pneumonie ausgebreiteter und in oberflächlicheren Bauchschichten; Temperaturanstieg bei Pneumonie im allgemeinen plötzlicher und höher; Aussehen: bei Pneumonie Nasenflügelatmen, bei Appendicitis facies peritonitica, doch meist erst im späteren Verlauf; Körperhaltung: bei Appendicitis häufiger Anziehen des rechten Beines im Hüftgelenk; Bauchdeckenspannung bei Appendicitis ausgeprägter; Fröste bei Pneumonie häufiger; Respiration im Verhältnis zur Pulszahl bei Pneumonie beschleunigt, stoßweise, Exspirieren von Rasseln begleitet; Herpes labialis und Husten sprechen für Pneumonie. *zur Verth* (Kiel).CH

Solieri, Sante, Sur la douleur épigastrique dans l'appendicite. (Über den epigastrischen Schmerz bei Appendicitis.) (*Hôp. de Forli.*) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 4, S. 555—562. 1913.

Der epigastrische Schmerz (zwischen Processus xiphoideus und Nabel, oft auf den Magen bezogen) kann im vollsten Wohlbefinden plötzlich einsetzen (Appendicitis phlegmonosa ohne Beteiligung der periappendikulären Organe), kann nach mehreren Appendicitisanfällen intermittierend auftreten (Entzündungsfolgen in der Appendixwand mit Stauung des Inhalts), kann endlich ohne akuten Beginn andauernd vorhanden sein und mit allgemeiner Depression und hartnäckiger Verstopfung einhergehen (angeborene Veränderungen der Appendix, abnorme Länge usw. mit Retention). Allen drei Arten ist die exzentrische oder konzentrische Spannung der Appendixwand gemeinsam. Eine Erklärung dieser Erscheinungen wird an der Hand von Lumbalanästhesieerfahrungen bei Appendixoperationen dahin versucht, daß die Distension und Konstriktion der Wand der Appendix die Ursache für den Schmerz abgibt. Der Schmerz beruht auf dem Reflex des Vagus ähnlich den sekretorischen und vasomotorischen Reflexen und wird wie diese im Magen empfunden. Der Vagus wird auf dem Wege über den Plexus mesentericus superior und den Plexus solaris erreicht. *zur Verth* (Kiel).CH

Merrem, Appendicitis und Paratyphus B. (*Kgl. Garnisonlaz., Königsberg i. Pr.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 15, S. 690—692. 1913.

Fall von Paratyphus B, dessen Erkrankung als schwere Appendicitis einsetzte. Der sofort ausgeführte Eingriff ergab beginnende Gangrän des schwer veränderten Wurmfortsatzes. Zunächst Besserung; am zweiten Tage nach dem Eingriff Verschlechterung unter dem Bilde des Eiterfiebers; am neunten Tage Zeichen von Bauchfellentzündung; am 11. Tage Exitus. Sektion: Diffuse Bauchfellentzündung, Coecum und größter Teil des Colon ascendens gangränös, thrombophlebitische Infektion des Pfortadergebietes. In der vergrößerten weichen Milz Paratyphus B in Reinkultur. *zur Verth* (Kiel).CH

Dufour, H., Desmarest et Legras, Obstruction intestinale par un calcul biliaire arrêté à la valvule iléo-caecale. — Reliquat d'une grossesse extra-utérine (preséntation de pièces.) (Darmverschluß durch einen an der Valvula ileo-coecalis eingeklemmten Gallenstein.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29**, Nr. 14, S. 838—840. 1913.

62jährige Frau, die schon seit 10 Tagen über Gallensteinkoliken geklagt hatte, litt seit 3 Tagen an Verstopfung. Einläufe förderten normal aussehenden Stuhl zutage; das gallige Erbrechen stand vorübergehend; die Verstopfung hielt dann aber an, der Puls verschlechterte sich: 150; Temperatur: 36,9°. Es wurde in Lokalanästhesie eine Appendikostomie gemacht. Nach dem Sitz des Hindernisses wurde bei dem schlechten Zustand der Frau nicht weiter geforscht. Exitus am folgenden Morgen. Bei der Sektion fand sich 15 cm von der Valvula Bauhini entfernt ein 6 cm langer, 9 cm im Umfang messender Gallenstein, ein Ausguß der Gallenblase, der durch eine Vesicoduodenalfistel in den Dünndarm gelangt war. In der Gallenblase, die außerordentlich geschrumpft war, ein kleiner Kalkbröckel. Nebenbei fand sich noch an den linken Adnexen mit der hinteren Beckenwand verwachsen eine Eileitercyste, in der 7 Extremitätenknochen nachgewiesen wurden, frei nach der Bauchhöhle aus der Tube herausragend in zarten Verwachsungen

fanden sich Kopf und Schultergürtel und Rippen. Dieser Befund stammte von einer Extrauteringravidität, an der die Pat. vor 36 Jahren unter dem Bilde einer Pelveoperitonitis gelitten hatte. *Penkert* (Halle a. S.).

Bien, Gertrud, Über einen Fall von Ileus, hervorgerufen durch Obliteration eines Meckelschen Divertikels. (*Karolinen-Kinderspit., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 824—827. 1913.

Verf. gibt die Krankengeschichte eines zweimonatigen Säuglings wieder, der mit einer allmählich zunehmenden hochgradigen Auftreibung des Abdomens erkrankte. Nahrungsaufnahme gut, kein Erbrechen, Stuhl einige Male angehalten, aber mit Ölklysmen zu erzielen. Rechter Hoden im Leistenkanal; von diesem setzt sich in die Bauchhöhle ein bleistiftdicker Strang fort. Zunächst abwartende Behandlung. Mitten im Wohlbefinden plötzlicher Exitus. Die Autopsie ergibt ein von der untersten Ileumschlinge abgehendes obliteriertes Meckelsches Divertikel, das im offenen Proc. vaginalis peritonei mit dem retinierten rechtsseitigen Hoden verwachsen und durch Zug an der Darmwand die Ileumschlinge zur Knickung gebracht hat. Damit erklären sich die Geringfügigkeit und der protrahierte Verlauf der Ileuserscheinungen, die eine sofortige Operation nicht angebracht erscheinen ließen. *Harf* (Berlin).CH

Eisenberg, Carl, Über die von erworbenen Divertikeln der Flexura sigmoidea ausgehenden entzündlichen Erkrankungen. (*Chirurg. Priv.-Klin., Hofrat Dr. Krecke, München.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 627—638. 1913.

45jähr. Förster, der seit $^3/_4$ Jahren an Stuhlverstopfung, zeitweiligem Schleim- und Blutabgang und Schmerzen im Unterbauch links litt und bei dem in der linken Darmbeingrube ein faustgroßer harter Tumor von glatter Oberfläche zu fühlen war, wurde unter der Diagnose Flexurcarcinom operiert. Es fand sich ein mannsfaustgroßer Tumor der Flexur, der mit der Blase so innig verwachsen war, daß sie bei seiner Ablösung eröffnet wurde. Blasennaht, einzeitige Resektion der Flexur, Anlegung einer Fistel am Colon transversum, die nach 4 Wochen geschlossen wurde. Heilung. Der Tumor ist rein entzündlicher Natur; innerhalb starker Falten fanden sich „vier röhrenförmige Ausstülpungen der Schleimhaut, deren tiefste $1^1/_2$ cm lang war. Die Öffnungen sind trichterförmig, die Lumina vom Umfang eines Stecknadelkopfes, enthalten eine schleimigkotige Masse. In ihrer Umgebung ist die Darmwand nahezu $2^1/_2$ cm dick, die Peritonealseite ist von bindegewebigen Membranen bedeckt, keine Ulcerationen.“ Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß sich Mucosa und Submucosa durch beide Schichten der Muskulatur hindurchdrängen, in der Umgebung der Divertikel rein entzündliche Veränderungen ohne spezifischen Aufbau. Zusammenstellung von 54 anderen in der Literatur beschriebenen Fällen der 1898 von Graser beschriebenen Erkrankung. Beachtenswert ist, daß Eisenbergs Patient ebenso wie viele von anderen beobachtete sehr fettleibig war (Ausstülpung der Mucosa durch Lücken der Darmmuskulatur, die durch Fettschwund längs der Gefäße entstanden sind). Die Gefahr der Erkrankung liegt in der Stenosierung und in der Möglichkeit einer Perforation in die freie Bauchhöhle oder in Nachbarorgane z. B. die Harnblase, wie sie sich auch in vorliegendem Falle vorbereitete. *Moszkowicz* (Wien).CH

Friedrich, Hugo, Beiträge zur Frühdiagnose der Carcinome des S Romanum und der Ampulla recti. (*Prof. Dr. Albus Poliklin. f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankh.*) Med. Klinik **9,** S. 210—212. 1913.

Carcinome dieser Gegenden wurden bis jetzt nur durch Palpation und grobe Symptome erkannt. Die Röntgenphotographie brachte die Lokalisationsdiagnose strikturierender Tumoren. Weiter kam man erst durch das Instrumentarium von Schreiber und Strauß, das Besichtigung des Enddarmes bis zu 30 cm gestattete. F. nimmt als Grenze manueller Tastbarkeit die Linea innominata, also 15 cm, an. Er glaubt, daß man mit dem Sigmoskop bei guter Technik und Übung alles sehen, ja sogar tasten könne. Teile des Tumors können bei der Weite des Lumens leicht mit Albuscher Schlinge oder Sultanscher Zange entnommen werden. Das Material der Anstalt weist 22 Carcinome der Gegend auf, wovon 10 erst durch das Sigmoskop erkannt wurden. Von 8 operierten konnte 7 das Leben erhalten werden durch frühe Diagnose. 3 Fälle werden in extenso erläutert. Das Resümee: Alle verdächtigen Fälle sind zu sigmoskopieren, besonders solche, wo Obstipation nach dauernd normaler Stuhlentleerung, wo häufige Tenesmen, hartnäckige Kreuzschmerzen, Abgang von Blut und Eiter mit Kot und Blutabgang außer der Defäkation eingetreten sind. *Weichert* (Breslau).CH

Razzaboni, Giovanni, Resezione estesa del grosso intestino per tubercolosi stenosante ipertrofica. (Ausgedehnte Resektion des Dickdarmes bei stenosierender hypertrophischer Tuberkulose.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg., univ. di Camerino.*) Clin. chirurg. Jg. **21,** Nr. 3, S. 561—572. 1913.

Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung eines mit gutem Dauererfolg operierten Falles von Cöcaltuberkulose, Fälle, welche auch unter dem Namen hypertrophische oder pseudoneoplastische Tuberkulose bekannt sind. Er betont, wie sich in seinem Fall der

ganze Veränderungskomplex in typischer Weise bestätigt habe, der die Prozesse tuberkulöser Natur histologisch charakterisiere auch dann, wenn die Untersuchung auf Tuberkelbacillen negativ ausgefallen sei. Die einzig wirksame Behandlung solcher intestinalen entzündlichen Formen von Tuberkulose könne beim Vorhandensein hochgradiger Stenosen nur eine operative sein, bestehend in Resektion der stenosierten Partien mit möglichster Entfernung der makroskopisch vergrößerten und tuberkulös erkrankten lymphatischen Apparate. Bei multiplen Stenosen des Dickdarmes, wo die Behandlung sich auf palliative Methoden, wie Enteroanastomose oder Darmausschaltung beschränken muß, sind die Resultate weniger günstig als bei der Darmresektion. Instruktive histologische Abbildungen und ausführliches Literaturverzeichnis vervollständigen die Arbeit. *Burk* (Stuttgart).CH

Mocquot, Pierre, Les hémorragies des polypes du rectum. (Über die Blutungen aus Mastdarmpolypen.) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 4, S. 474 bis 485. 1913.

Die Mastdarmpolypen, welche zu Blutungen führen, sind gestielte Adenome und kommen hauptsächlich bei Kindern vor. Verf. hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Im Anschluß an die Krankengeschichte bringt er die genaue histologische Beschreibung des durch Operation entfernten Polypen. Zwei Fragen sind es, auf welche Mocquot in seiner Arbeit näher eingeht: 1. woher das Blut stammt und 2. durch welchen Mechanismus es zur Blutung kommt. Über die erste Frage sind die Ansichten der Autoren verschieden. Die einen meinen, daß die Blutungen aus der Mastdarmschleimhaut stammen, die anderen aus dem Polypen selbst. Letzterer Ansicht schließt sich auch Verf. an, und zwar aus folgenden Gründen: Daß die Blutung aus der Schleimhaut stammt analog den Uterusblutungen ist noch nicht bewiesen worden; dagegen spricht, daß nach Entfernung des Polypen die Blutungen sofort sistieren. Außerdem sieht man im beschriebenen histologischen Bilde, wie es in dem Polypen zu Blutungen in die Drüsenlumina und in das interstitielle Bindegewebe kommt, von wo sich das Blut auf die von Epithel entblößte Oberfläche ausbreitet. Was die zweite Frage anbelangt, so nehmen die Autoren als Ursache für die Blutungen an, daß es durch Reibung harter Kotmassen zu Geschwüren am Polypen kommt, oder daß derselbe außerhalb des Afters eingeklemmt wird. In beiden Fällen wird es zu einer Blutung kommen. Für den beschriebenen Fall aber nimmt Verf. auf Grund des histologischen Befundes, und weil die Blutungen nur bei langstieligen Polypen auftreten, an, daß es durch Stieldrehung zu derselben kam, welcher Mechanismus wahrscheinlich der häufigste ist. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Saphir, J. F., Operations upon the rectum under local anaesthesia. (Operationen am Rectum unter Lokalanästhesie.) Americ. med. **19**, S. 106 bis 111. 1913.

Verf. bespricht die Vorteile der Lokalanästhesie bei kleineren Operationen am Rectum. Als Anästhetica hat er verwandt: Ätherspray, Injektionen von Cocain-Cocain, Wasser und einer 1 proz. Lösung von Chinin und salzsaurem Harnstoff. Besonders die letztere Lösung ist zu empfehlen. Die Anästhesie beginnt bei ihr nach 2—10 Minuten und dauert 3—10 Tage. Bei Hautanästhesierungen dürfen nur $^1/_4$—$^1/_3$ proz. Lösungen verwandt werden, da bei stärkeren Lösungen keine Heilung per primam eintritt. *Hinz* (Berlin).CH

Humphreys, G. A., The blind external anal fistula. (Die blinde äußere Analfistel.) Internat. journal of surg. **26**, S. 50—53. 1913.

Die meisten äußeren Anal- und Rectalfisteln sind, wie Verf. durch Methylenblauinjektionen nachweisen konnte, komplette Fisteln. Sie sollen daher zur Vermeidung von Rezidiven wie die kompletten Fisteln mit Excision und Spaltung bis ins Rectum hinein behandelt werden. *Hinz* (Berlin).CH

Burrows, Waters F., Operation, when required, in all common rectal diseases, without general anesthesia or pain. (Über die schmerzlose Ausführung von Operationen bei den gewöhnlichen Rectumerkrankungen ohne Allgemeinnarkose.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 17, S. 862—866. 1913.

Verf. empfiehlt die Lokalanästhesie bei Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln, der Ballschen Operation bei Pruritus ani (subcutane Nervendurchschneidung) anzuwenden, da sie vor der Narkose mancherlei Vorteile habe. *Kulenkampff* (Zwickau).CH

Asman, Bernard, The treatment of ano-rectal operative wounds. (Die Behandlung der ano-rectalen Operationswunden.) Internat. journal of surg. **26**, S. 48—50. 1913.

Verf. bespricht die Behandlung der Anal- und Sakralfisteln. Nach vorheriger gründlicher Darmentleerung werden die Fistelgänge bis ins Gesunde hinein excidiert. Unter sorgfältiger Tamponade heilen sie dann in 6—10 Wochen. *Hinz* (Berlin).CH

Humphreys, G. A., The injection treatment of hemorrhoids. (Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden.) Americ. journal of surg. **27**, S. 96—103. 1913.

Historischer Bericht über die ersten Vorschläge und die bisherige Beurteilung von Carbolinjektionen in Hämorrhoidalknoten. Verf. verwendet zur Injektion, die er seit 15 Jahren ausführt eine 1—40 proz. Lösung von Carbolsäure. Die Oberfläche sterilisiert er mit Jodtinktur oder durch einen Tropfen reiner Carbolsäure. Vorbereitung der Patienten durch Abführmittel ist nötig. Behandlung ambulant. Gegenindikation für die Behandlung sind Abschnürung, starke Entzündung, Thrombose der Knoten, Analfissur und bis zu einem gewissen Grade eine Kombination innerer und äußerer Knoten. In den Tagen der Behandlung Diät. Besonders angezeigt ist die Methode für Anämische, Tuberkulöse, für Bluter und für Leute, bei denen eine Narkose nicht anwendbar ist. Weniger als 5% Rezidive. Die Methode ist schonender als alle bisherigen, gefahrlos, wenn man nicht mehr als 10 ccm einer 10 proz. Lösung verwendet. Thrombose und Infektion ist nicht zu fürchten. *Carl* (Königsberg).CH

Harnorgane:

Ribbert, Hugo, Die Hämoglobinausscheidung durch die Nieren. Zieglers Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24**, S. 241—243. 1913.

Seine Auffassung, daß das Hämoglobin in gesunden und wenig geschädigten Nieren ausschließlich durch die Glomeruli austritt, stützt Ribbert durch folgende Versuche. Intravenös mit lackfarbenem Kaninchenblut injizierte Kaninchen zeigen, 4—5 Minuten nach der raschen Injektion getötet, eben beginnende Hämoglobinausscheidung in den Glomeruluskapselraum. 8—10 Minuten nach beendigter Injektion sind die Kapselräume stärker gefüllt, besonders stark aber von den schon gefüllten gewundenen Harnkanälchen die Schaltstücke, was sich durch die dort stattgefundene Wasserresorption erklärt. Ein Zurückströmen aus den Harnkanälchen in die Glomeruli ist nicht anzunehmen. Ähnliche Resultate bei Hämoglobinämie der Tiere erzeugt man durch intravenöse Injektion von Lugolscher Lösung. Wird 45 Minuten nach solcher die Klemmpinzette der zuvor abgeklemmten einen Nierenarterie gelöst und das Tier 2 Minuten nach der Lösung getötet, so zeigt diese Niere nur Hämoglobin in den Glomeruluskapseln, die andere nicht abgeklemmte das gewöhnliche Verhalten. *Meyer-Betz* (Königsberg).M

Guiteras, Ramon, Narration of a few cases of non-functionating or derelict kidneys. (Bericht über einige Fälle nicht arbeitender oder ausgeschalteter Nieren.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 136—140. 1913.

Verf. führt 12 Fälle in ausführlichen Krankengeschichten an. Derartige Nierenausschaltungen kommen besonders bei Tuberkulose und bei Nierensteinen vor. Die Ursache kann zu suchen sein in völliger tuberkulöser Zerstörung des Nierengewebes (Kavernennieren, auch Kittnieren), in Verschwellung, ulceröser oder fibröser Verödung des Ureters, in perinephritischen Prozessen, bei Steinen in Verlegung des Nierenbeckens oder des Ureters durch die Steine, oder wie bei den meisten Fällen durch Vereiterung der Steinniere. Es spricht für den Zustand, wenn nur wenige Tropfen Eiter und Wasser sich aus dem Ureter entleeren, wenn Eiterpfröpfe aus der Uretermündung hervorhängen und wenn auch aus dem Nierenbecken nur wenige Tropfen Eiter zu entleeren sind. Die zur Verlegung durch einen Stein führende Attacke kann jahrelang zurückliegen und vergessen sein. Gefährlich wird der Zustand, wenn bei ausgeschalteter einer Niere ein Stein z. B. die andere Niere blockiert und Anurie eintritt. In solchen Fällen muß die verlegte Niere operativ freigelegt werden und mit Sektionsschnitt Abfluß geschaffen werden. Eine ausgeschaltete Niere braucht nicht entfernt zu werden, außer wenn sie infiziert ist, und Gefahr der Eiterresorption besteht. *Hoffmann* (Dresden).CH

Newman, David, Cases illustrating certain urinary conditions in women associated with frequent or painful micturition. (Über gewisse Affektionen der weiblichen Harnwege, die mit häufiger oder schmerzhafter Miktion einhergehen; Kasuistik.) Glasgow med. journal Bd. **79**, Nr. 5, S. 342—360. 1913.

Häufiges Urinlassen unter Schmerzen ist ein wichtiges Initialsymptom gewisser Blasen- bzw. Nierenerkrankungen. Es kann den Verdacht des Arztes in bestimmte

Richtung lenken, Aufklärung gibt aber nur eine systematische Untersuchung der Harnwege, ganz besonders die Anwendung des Cystoskops. Verf. bespricht unter Beibringung von Krankengeschichten speziell 6 Krankheiten, bei denen nach seiner Erfahrung besonders oft eine Fehldiagnose (namentlich Stein) die Heilung verhindert oder wenigstens hinausschiebt. Es sind dies: Schwangerschaftscystitis mit ihren Folgen, rezente Nierentuberkulose, primäre Tuberkulose des Blasenbodens, Läsionen am Blasenhals, am Trigonum und in der Urethra (Incontinenz), Urethralpolypen, Wanderniere. Aus dem reichen Inhalt der Arbeit wäre noch hervorzuheben: die Häufigkeit einer nicht gonorrhoischen Urethritis beim Weibe (Koli- oder Eiterkokken). Bei schwerer chronischer Infektion der Blase empfiehlt Verf. suprapubische Drainage und Phenolspülungen. *Liek* (Danzig).

Smith, E. O., Diagnosis of renal surgical conditions. (Diagnose der chirurgischen Nierenzustände.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 143 bis 147. 1913.

Wenn man eine Nephrektomie beabsichtigt, so hat man sich vorher über den Zustand der anderen Niere zu vergewissern. Einzel- und Hufeisenniere wird diagnostiziert durch Cystoskop und Pyelographie. Die Anzahl der Ureterenmündungen in die Blase ist nicht ausschlaggebend. Die Seitenlokalisierung der krankhaften Veränderung ist nicht immer sicher. Oft erfolgt die Lokalisierung des Schmerzes auf die gesunde Seite und die kranke Seite gibt keinerlei Symptome. Die Urinsymptome sind ebenso oft geeignet zu sicherer Diagnose, als irreführend. Die Konstatierungen werden durch Anführung einiger besonderer Fälle illustriert.

Fall 1: Starke Blutung aus dem rechten Ureter, der Urin der linken Niere ist völlig normal. Doch zeigt ein kurz vor der Operation ausgeführtes Röntgenbild die rechte Niere lediglich etwas vergrößert, die linke jedoch steinhaltig. Pyelolithotomie links. Hiernach sistiert die Blutung aus der rechten Niere und tritt nicht wieder auf. — Auch in klar erscheinenden Fällen sind, sagt Verf., alle nur zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden anzuwenden. — Fall 2: Symptome mittelschwerer Cystitis. Nichts deutet auf ein Nierenleiden. Cystoskopie bestätigt die Diagnose. Dennoch Ureterenkatheterismus. Links Pyo-Polyurie mit Tuberkelbacillen. Nephrektomie. Völlige tuberkulöse Zerstörung des unteren Nierendrittels. Völlige Heilung, auch der Cystitis. — Selbst schwere destruktive Nierenerkrankung führt nicht notwendig zu klinischen Nierensymptomen. — Fall 3: Schwere kurzdauernde Hämaturie ohne Nierenpalpations- usw. Befunde. Beim Ureterenkatheterismus stand die Blutung. Kein Ergebnis. Blase normal. Pyelographie ergibt rechts sehr erweitertes Nierenbecken bei vergrößerter Niere. Probenephrotomie. Ein Hypernephrom hatte mehr als die Hälfte der Niere zerstört. Nephrektomie. — Gründlichste Untersuchung der Nieren bei Verdacht auf Erkrankung derselben macht sich bezahlt für Operateur und Patient. *Ruge.* CH

Schüpbach, Albert, Zur Kenntnis der sog. essentiellen Hämaturie. (*Inselspit., Bern.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 3, S. 270—284. 1913.

Verf. beschreibt die Art des Auftretens der essentiellen Nierenblutung, geht dann auf die verschiedenen Hypothesen über ihre Entstehungsursache ein: die von Senator (1891) aufgestellte Lehre von der renalen Hämophilie, die Erklärung der essentiellen Hämaturie als einer lokalen Angioneurose nach Klemperer (1897), die später (1899, 1900) von der Mehrzahl der französischen Urologen, aber besonders auch von Israel vertretene Ansicht, daß es eine „essentielle Hämaturie“ nicht gebe, sondern daß sich meist nephritische Veränderungen als Ursache der Nierenblutung finden, soweit es sich bei den Blutungen nicht um Frühsymptome von Steinbildung oder Tuberkulose der Niere, oder um Folgen einer mechanisch bedingten Stauung im Harnsystem oder Folgen ungewohnter Anstrengung handle. Senator und Casper bestritten zwar, daß die oft in der Niere gefundenen leichten umschriebenen Veränderungen eine genügende Erklärung für die starken Blutungen abgeben, trotzdem behauptete sich die Israelsche Anschauung. Naunyn glaubt, daß gelegentlich das Nierenbecken die Quelle der Blutung sein könne. Verf. teilt einen Fall mit, der diese Ansicht bestätigt und das Vorkommen von Massenblutungen gleichzeitig aus Niere und den Harnwegen einschließlich der Blase bei akuter hämorrhagischer Nephritis beweist. Auch die neueren Publikationen sprechen dafür, daß die Ursache der Hämaturie, wenn die bekannten

Blutungsursachen, wie Stein, Tuberkulose, Tumor usw. auszuschließen sind, meist in leichten nephritischen Veränderungen der Niere zu suchen ist. Verf. hat zwei wegen essentieller Hämaturie von Wildbolz exstirpierte Nieren (die Krankengeschichten werden mitgeteilt) in Serienschnitten histologisch untersucht und fand im einen Falle eine beginnende Papillentuberkulose, welche eine lebenbedrohende Hämaturie hervorgerufen hatte. (Dieser tuberkulöse Herd wurde erst sekundär durch die Serienschnittuntersuchung der Niere festgestellt. Die makroskopische Untersuchung der Niere sowie die mikroskopische Untersuchung der verschiedenen excidierten Stücke hatte ein negatives Ergebnis gehabt.) Es darf deshalb nie von einer essentiellen Hämaturie gesprochen werden, bevor die ganze blutende Niere von Pol zu Pol mikroskopisch untersucht ist. In dem anderen Falle fehlte trotz genauester Untersuchung der Nachweis irgendeiner anatomischen Ursache für die reichliche und andauernde Nierenblutung, so daß dieser Fall als essentielle Hämaturie aufzufassen ist und sich den bekannten Fällen von Schede, Klemperer, Steinthal und Casper anreiht. Von den 200 unter dem Namen der „sog. essentiellen Hämaturie" publizierten Fällen rechtfertigen nur ganz vereinzelte wirklich diese Bezeichnung; viele sind nicht genügend untersucht worden, bei anderen handelte es sich um ausgesprochene Formen von chronischer oder auch akuter Nephritis. In der Mehrzahl der übrigen Fälle wurden geringe, aber außerordentlich verschiedenartige nephritische Veränderungen für die Hämaturie verantwortlich gemacht. Es bleibt der Zukunft vorbehalten, die Ursache der essentiellen Hämaturie, unter welcher nur solche Fälle zu verstehen sind, in denen mit unserem heutigen Wissen an der blutenden Niere nichts Pathologisches zu erkennen ist, festzustellen. *Oehler.*[CH]

Nelken, A., Essential hematuria. (Essentielle Nierenblutung.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 9, S. 644—652. 1913.

Bericht über 2 Fälle essentieller Nierenblutung, die nach genauer Klärung der Diagnose mit gutem und promptem Erfolge mittels Nephrektomie behandelt wurden. Die anatomische Untersuchung der entfernten Niere erwies sie in beiden Fällen als chronisch entzündlich verändert. *Hannes* (Breslau).

Caulk, John R., Unilateral renal hematuria cured by pelvic injections of adrenalin. Report of two cases. (Einseitige renale Blutung durch Nierenbeckenspülungen mit Adrenalin geheilt.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 4, S. 348—350. 1913.

Verf. empfiehlt bei einseitigen Nierenblutungen, die nicht von einer Nephritis, sondern von einer Nierenbeckenerkrankung (varicöse Blutungen, Erosionen, Papillitis) herrühren, auf Grund zweier Beobachtungen Spülungen mit Adrenalin (1 : 2000). *Baetzner* (Berlin).[CH]

Karo, Wilhelm, Tuberculosis of the kidneys. (Nierentuberkulose.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 3, S. 129—132. 1913.

Im allgemeinen nichts Neues. Verf. macht aufmerksam auf eine Arbeit von Leedham Green, in der auf die auffallende Häufigkeit symptomlos verlaufender Fälle von Nierentuberkulose bei Kindern hingewiesen wird. Daher die prinzipielle Wichtigkeit der Untersuchung des Urins auf Tuberkelbacillen in allen Fällen von Albuminurie. Verf. verficht hier, wie auch anderwärts, im Gegensatze zur herrschenden Ansicht die Tuberkulinbehandlung im Beginn der Erkrankung. *W. Israel* (Berlin).[CH]

Eastmond, Charles, The exact diagnosis of renal and ureteral calculi. (Die exakte Diagnose der Nieren- und Uretersteine.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 3, S. 123—124. 1913.

Das Fehlen von Steinschatten im Röntgenbilde kann verursacht sein: 1. durch die Dicke des Patienten; 2. ungenügende Vorbereitung (mangelhafte Darmentleerung); 3. durch die chemische Zusammensetzung der Steine (Uratsteine); 4. die Lage der Steine (Verdeckung durch Knochen). Fremde Schatten, die zu Verwechslungen führen können, kommen vor bei: 1. verkalkten Mesenterialdrüsen. Die Schatten liegen hier gewöhnlich in der rechten Seite in der Nachbarschaft des Proc. trasnvers. des 4. Lumbalwirbels; 2. Phlebolithen und verkalkten Iliacaldrüsen; 3. Konkrementen im Proc.

vermiformis. Auch an Kalkablagerungen in der Niere bei Tuberkulose ist zu denken. Verwechslungen der rein klinischen Symptome bei Steinen kommen bei Pyelitiden vor. Diese entstehen häufig durch Druck und fortgeleitete Entzündungen vom Kolon her. *Hinz* (Berlin).[CH]

Barringer, B. S., Unilateral kidney calculus complicated by ureterocele of the opposite side. (Einseitiger Nierenstein durch cystische Erweiterung des Ureters der anderen Seite kompliziert.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 4, S. 343—347. 1913.

Kasuistische Mitteilung eines Falles von cystischer Erweiterung des intravesicalen Teils des rechten Ureters bei linksseitigem Nierenstein. Die verengte Ureteröffnung wurde mittels eines kleinen Messers, das neben dem Cystoskop eingeführt wurde, geschlitzt. 2 Monate später, nach Entfernung des Steins durch Nephrotomie, konnte leicht ein Katheter Nr. 7 in den incidierten Ureter eingeführt werden. *Baetzner* (Berlin).[CH]

Kahn, Max, Study of the chemistry of renal calculi. (Über den Chemismus der Nierensteine.) (*Coll. of phys. a. surg. Columbia univ., New York.*) Arch. of internal med. **11**, S. 92—99. 1913.

Rowlands kam auf Grund seiner Untersuchungen zu der Anschauung, daß die Nierensteine beinahe gänzlich aus Calciumoxalat zusammengesetzt seien, und daß Harnsäure so gut wie immer fehle oder dann nur in minimalen Spuren auffindbar sei. Mackarell, Moore und Thomas bestätigen die Rowlandssche Lehre und erklärten, daß diese in enger Beziehung „zum Calciummetabolismus bei gichtischen Veränderungen stünde“. Diesen Anschauungen entgegengesetzt sind die Forschungsresultate von Osler, Wood, Hammarsten und anderen Autoren, welche feststellen, daß die Urate die häufigsten Komponenten der Nierensteine darstellen. Kahn hat die Untersuchungen und ihre Ergebnisse der genannten Autoren studiert und hat selbst an einer Reihe von Nierensteinen und Tophi weitgehende exakte Analysen angestellt. Er kam zu dem Ergebnis, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Nierensteine aus Calciumoxalat hauptsächlich bestehen; manchmal ist Calciumsalz der einzige Bestandteil. Harnsäure und harnsauere Salze finden sich, wenn auch in geringen Mengen, in allen Nierensteinen, dagegen sind Nierensteine, welche lediglich oder hauptsächlich aus Harnsäure oder Uraten zusammengesetzt sind, außerordentlich selten. Was die Form, die Farbe und die Konsistenz der Steine angeht, so sprechen diese in keiner Weise für irgendeine chemische Zusammensetzung. Hinsichtlich der Tophi spricht K. die Anschauung aus, daß es unrichtig ist, sie schlechtweg als Ablagerung von Harnsäure oder Uraten anzusprechen. K. erhielt bei der chemischen Untersuchung von Tophi mehrmals einen negativen Ausfall der Murexidprobe. *Saxinger.*[CH]

Lewis, Bransford, Three kidney-stone cases: Object lessons in diagnosis. (3 Fälle von Nierenstein.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 126—129. 1913.

Bransford empfiehlt auf Grund von 3 diagnostizierten und operativ geheilten Fällen von Steinniere mit sekundärer Eiterung, die 20, 30 bzw. 13 Jahre Erscheinungen gemacht hatten und trotz langjähriger ärztlicher Beobachtung vollständig verkannt waren, bei Erkrankungen des Urogenitalsystems eine genaue, systematische Untersuchung: Chemische Untersuchung des Urins, unter ev. Zuhilfenahme der Zweigläserprobe, mikroskopische Untersuchung des Urins, Cystoskopie und Ureterenkatheterismus, wenn die Blutung oder Eiterung nicht von der Urethra, Prostata oder Samenbläschen ausgeht, Radiographie mit oder ohne Einlegung des Ureterenkatheters bzw. Injektion von Kollargol. Nach Br. läßt sich auf diese Weise die Diagnose in der Regel leicht stellen und dem Kranken viel Schmerz durch zweckentsprechende Behandlung ersparen. *Gebele* (München).[CH]

Médot, André, The technique and results of lateral (paraperitoneal) nephrectomy. (Technik und Resultate der paraperitonealen Nephrektomie.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 4, S. 177—183. 1913.

Nach Besprechung der Nachteile sowohl der transperitonealen wie der lumbalen

Methode beschreibt Verf. den von ihm in 17 Fällen aller Art eingeschlagenen Weg zur Nierenentfernung:

Schnitt von dem Schnittpunkt der Axillarlinie mit dem Rippenbogen schräg nach vorn unten bis einen Zoll vor die Spina il. ant. sup. Stumpfes Trennen der Musc. obl. ext.-Fasern, scharfe Trennung der Mm. obl. int. und transvers. abd. Abschieben des Peritonealsackes nach vorn. Große platte Haken nach hinten sowie nach vorn. Hier kann der Peritonealsack bis zur Mittellinie zurückgeschoben werden. Es liegt Niere, Nierenbecken, Nierenstiel, Aorta und Vena cava sowie Ureter für das Auge zugänglich, übersichtlich bereit. Jedes Arbeiten in der Tiefe und im Dunkeln ist vermieden. — Unter dem Thorax liegt ein Sandsack, der den Körper lordotisch verbiegt, die Zwerchfellskuppe vortreibt. In infektiösen Fällen Drainage durch lumbales Knopfloch. Stets sorgfältige Etagennaht. Von Nerven wird durchtrennt nur der 11. Intercostalnerv. Deshalb bei den 14 Überlebenden keine Hernienbildung. Nur bei genauer Untersuchung in der Hälfte der Fälle geringe Schwäche der operierten Bauchwandseite nachweislich.

Ruge (Frankfurt a. O.).[CH]

Squier, J. Bentley, Renal lithiasis. (Nierensteinerkrankung.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 121—126. 1913.

Squier läßt dahingestellt, ob die Theorie, daß Salze in Verbindung mit einer kolloiden Substanz zur Nierensteinbildung führen, zu Recht besteht oder nicht. Das Problem müsse experimentell im Laboratorium gelöst werden. Vom praktischen Standpunkt aus unterscheidet man am zweckmäßigsten primäre aseptische und sekundäre septische Steine. Bakterielle Infektion und Entzündung der Niere spielen bei der Steinbildung jedenfalls eine große Rolle. Die sogenannten klassischen Symptome der Nierensteine — Hämaturie, Kolik, stetiger Schmerz — fehlen nach S. oft. Die Steine machen nicht selten überhaupt keine Symptome, es sei denn, daß sie im Ureter stecken oder das Nierenbecken verlegen, oder nur geringe Erscheinungen (leichter Rückenschmerz, Schwere, Spur Eiweiß). 10 kurze Krankengeschichten von Nierensteinen, welche die Irregularität des Symptomenbildes dartun, folgen. Bei Erkrankung beider Nieren empfiehlt S. wegen der Gefahr der Reflexanurie, zuerst die weniger stark affizierte Niere und durch einen zweiten Angriff erst das andere schwer kranke Organ zu operieren. Die Radiographie, welche im Vergleich zu den neueren funktionellen Bestimmungen einfach sei, sei hierzu eine unerläßliche Untersuchungsmethode. Die An- oder Abwesenheit von Steinen in der Niere weise die Radiographie in 95% der Fälle nach. Differentiell diagnostisch kommen nach S. nur Gallensteine in Frage, welche einen eigentümlichen ringförmigen Schatten werfen sollen. Technisch lassen sich aseptische Steine entfernen, ohne daß eine Drainage der Niere notwendig ist. Septische Steine erfordern Drainage und häufig Exstirpation der Niere. Manchmal müsse man bei septischen Nieren zweizeitig operieren, erst Entfernung der Steine und Drainage, besonders bei perirenaler Eiterung, dann sekundäre Exstirpation der Niere. Bei Ausführung der Nierenexstirpation löst S. den M. sacrolumbalis und das vordere Fascienblatt an ihrem Ansatz an der letzten Rippe ausgiebig ab, um einen guten Zugang im hinteren oberen Lumbaldreieck zu bekommen. Warm empfiehlt S. neben dem Sektionsschnitt der Niere die Pyelotomie. Fisteln seien nicht zu befürchten. Als Vorsichtsmaßregeln bei der Pyelotomie empfiehlt Verf., daß der Assistent die Gefäße mit dem Finger deckt, daß der Stein gegen den unteren Rand des Nierenbeckens fixiert, der Schnitt über dem Stein nach abwärts geführt, aber nicht auf den Ureter ausgedehnt wird, um eine Striktur zu vermeiden. Die Incision des Nierenbeckens vernäht S. mit feinen Catgutnähten. Bei sehr kleinen Steinen in der Niere bedient er sich, wenn die Niere freigelegt und luxiert ist, eines leichten portablen Röntgenapparates, der sich an jeden gewöhnlichen Kontakt anschließen lasse, und eines Fluoroskops, welches vom Operateur am Hals getragen und mit einem sterilen Sack überzogen wird. Dadurch würden Steine nicht übersehen.

Gebele (München).[CH]

Ertzbischoff, Paul A., The pathological physiology of renal decapsulation and the indications and contraindications for the operation. (Über die pathologische Physiologie bei der Nierendekapsulation und die Indikationen

und Kontraindikationen dieser Operation.) Americ. journal of urol. Bd. 9, Nr. 3, S. 138—143. 1913.

Die Nierendekapsulation nach Edebohls bei Morbus Brightii äußert sich in einer unmittelbaren und einer erst später eintretenden Wirkung. Edebohls hat angenommen, daß die „Neovascularisation" im Anschluß an die Dekapsulation und die dadurch erreichte bessere Blutversorgung des Organs eine Regeneration der Nierenepithelien inauguriere. Tatsächlich läßt sich auch feststellen, daß gleich nach der Operation die Diurese oder wenigstens die Ausscheidung von Harnstoff und Salzen sich steigert, während die Schmerzen bedeutend abnehmen. Nach der Anschauung des Verfassers und anderer Autoren (Jaboulay) ist der Verringerung der Spannung und des arteriellen Druckes eine große Bedeutung zuzumessen, Albarran glaubt, daß die „Enervation" der Niere die vasomotorischen Einflüsse zugunsten des Organs verändere. Die spätere Wirkung ist nicht konstant. Boinet und Stern hatten Gelegenheit, Nieren von Patienten, welche mehrere Wochen nach der Operation gestorben waren, zu untersuchen, wobei sie mikroskopisch feststellen konnten, daß nach einiger Zeit sich eine neue Kapsel bildet und daß im Niereninterstitium des Rinden- und Markteils sich neue zahlreiche Rundzelleninfiltrationen finden. Auch in den sog. günstigen Fällen, die Edebohls und Fergusson mitteilen, fand sich im Harn immer noch eine Spur Eiweiß und bisweilen Zylinder. Auf Grund seines Studiums und seiner Erfahrungen rät Verf. zur Dekapsulation erst, wenn Milchdiät ohne Wirkung ist und die „renale Insuffizienz sich zu etablieren droht". Profuse oder langdauernde Hämaturie und Eklampsie hält er für strikte Indikationen. Verf. dekapsuliert nur dann beide Nieren — in zwei Sitzungen — wenn in beiden der Sitz der Erkrankung nachgewiesen werden kann. *Saxinger* (München).[CH]

Mendelsohn, Heinrich, Zur Kenntnis der großen serösen Solitärcysten der Niere. (*Dtsch. Hosp., London.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 1, H. 3, S. 295 bis 308. 1913.

Mendelsohn berichtet über einen im deutschen Hospital in London operierten Fall von Solitärcyste der rechten Niere. Der Tumor wies auf das Leiden hin, die urologische Untersuchung gab nicht den geringsten Anhaltspunkt hiefür. Die Cystenwand wies mikroskopisch neben Bindegewebsfasern Bündel glatter Muskulatur auf. Nach M. ist der Entstehungsort der Cysten die Marksubstanz der Niere, die Cystenwand ist mit dem Nierenparenchym fest adhärent. Mit den ableitenden Wegen kommunizieren die Cysten niemals. Ruckert hat auf Grund der Tatsache, daß Cysten schon in den Nieren von Föten, Neugeborenen und Säuglingen, in denen von Entzündung keine Spur zu finden war, in einem großen Prozentsatz der Fälle vorkommen, die für die Cystenniere allgemein anerkannte fötale Entstehungstheorie auch auf die Nierencysten ausgedehnt. Zudem fand Busse grundlegende Unterschiede im Bau der embryonalen und entwickelten Niere, indem bei ersterer, nicht bei letzterer muskulöse Elemente dem interstitiellen Gewebe reichlich beigemengt sind. Eine Ausnahme machen kongenitale Cystennieren, multilokuläre Cystennieren, hypoplastische Nieren der Erwachsenen. Braunwarth sah glatte Muskulatur auch bei Nierencysten. Ein weiterer Beweis für die dysembryoplastische Genese der Nierencysten ist nach Mendelsohn ihr häufiges Zusammentreffen mit anderen auf Entwicklungsstörungen beruhenden Fehlern (hyaline Glomeruli, Adenome, Markfibrome, Hufeisenniere, Solitärniere). Vereinigen sich die Kanalsysteme — Nierenkanälchen einerseits, Becken andererseits — nicht in richtiger Weise, so entstehen, wie Hornowski auch experimentell nachgewiesen hat, Cysten an der Stelle der Nichtvereinigung. Das bevorzugte Alter der Solitärcysten ist nach M. das Alter von 30—50 Jahren, die Affektion ist in der Regel einseitig, die Größe der Cysten schwankt sehr, der Inhalt ist gelblich, klar, stark eiweißhaltig, ohne urinösen Geruch oder Beimengung von Harnbestandteilen. Der Urin ist qualitativ und quantitativ nicht verändert. Das einzig konstante Hauptsymptom ist der Tumor. Nur 4 von 58 Fällen sind deshalb unter richtiger Diagnose zur Operation gekommen.

Differentiell diagnostisch sind die Cystennieren höckerig und meist doppelseitig. Der reichlich ausgeschiedene Urin ist stark verdünnt und zeigt Spuren von Eiweiß. Die besondere Wichtigkeit der Unterscheidung der entwicklungsgeschichtlich so nahe verwandten Nierencysten und Cystennieren für den Kliniker erhellt nach M. aus der Tatsache, daß die Cystenniere nach unseren heutigen Anschauungen ein „noli me tangere“ darstellt. Die Unterscheidung zwischen solitärer Nierencyste und Hydronephrose beruht auf der bei letzterer mit Ureterensondierung und mit Chromocystoskopie zu erkennenden Funktionsstörung. Die Diagnose des erweiterten Nierenbeckens sichert die Pyelographie. Die geschlossene Hydronephrose wird durch das Fehlen jeder Sekretion verraten. Therapeutisch ist nach M. die einfachste Methode die Resektion der Cystenwand mit Überstechung derselben (Récamier, Payr, Albarran). Der Teil der Cyste, der die Nierenoberfläche überragt, wird abgetragen. Den am Parenchym haftenden Boden der Cyste läßt man an Ort und Stelle. Die Überstechung oder auch Vereinigung der Ränder folgt. Enucleation, partielle Nephrektomie sind zu stark verletzend, die totale Nephrektomie opfert bei einem relativ gutartigen Leiden eine Menge funktionstüchtiger parenchymatöser Substanz und ist deshalb ungerechtfertigt.

Gebele (München).[CH]

Ponzio, Mario, Contribution à l'étude radiodiagnostique des pseudo-calculs du rein. (Beitrag zum radiodiagnostischen Studium der Pseudo-Nierensteine.) Arch. d'électr. med. **21**, S. 258—262. 1913.

Nach Würdigung der Arbeiten verschiedener Autoren, die sich schon mit der Frage beschäftigt haben, und nach Rekapitulation der zahlreichen schon gefundenen Ursachen, die im Röntgenbild einen Nierenstein vortäuschen können, berichtet Verf. über einen eigenen interessanten Fall, der einen Steinschatten im Bereich der Niere, und dabei nach der mikroskopischen Urinuntersuchung eine deutliche Erkrankung der Niere bot. Dennoch handelte es sich, wie die Operation ergab, um einen haselnußgroßen, noch für den Blutstrom durchgängigen Phlebolithen im Bereich einer großen Vene des retroperitonealen Gewebes, während die Niere an einem Epitheliom erkrankt war und exstirpiert wurde, wie der Phlebolith. *Hoffmann* (Dresden).[CH]

Boross, Ernst, Über die eingeklemmten Uretersteine. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 1, S. 94—101. 1913.

Anknüpfend an eine etwa 20 Jahre zurückliegende Beobachtung — es handelte sich um einen jungen Mann, der am 11. Tage einer Anurie erlag, die durch einen eingeklemmten linken Ureterstein bedingt wurde, während die rechte Niere makroskopisch gesund war — bespricht Boross die Pathologie und Therapie der eingeklemmten Uretersteine, von denen er 12 beobachten konnte. Er tritt warm für nichtoperative Entfernung der Steine auf vesicalem Wege ein; in 7 Fällen von 8 gelang es, den Stein in die Blase zu leiten, wo die Steine im unteren Abschnitt des Ureters steckten. In einem Falle einer seit 5 Monaten bestehenden Einklemmung gelang es B., den Stein durch kombinierte Massage in Knieellenbogenlage in die Blase zu befördern. *Colmers.*

Buerger, Leo, A new method of facilitating the passage of descending ureteral calculi (and of dilating the ureter). (Eine neue Methode zur Beschleunigung der Passage von Uretersteinen und zur Dilatation des Ureters.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 151—154. 1913.

Buerger hat in einer Reihe von Fällen die alte Methode, durch Glycerin- oder Ölinjektionen die Passage herabsteigender Uretersteine zu beschleunigen, angewendet, oftmals ohne Erfolg, da es mit dem gewöhnlichen Ureterkatheter nicht gelang, das Gleitmittel an die festsitzende Fläche des Steines heranzubringen. Deswegen bediente er sich später eines Katheters, dessen Öffnung an der etwas abgeschrägten Spitze lag. Aber auch so versagte die Methode häufig. Die Versuche B., durch Bougies oder durch gleichzeitige Einführung zweier oder dreier Ureterkatheter den Ureter zu dilatieren und dadurch durchgängig zu machen, führten ebenfalls nicht zu dem gewünschten Resultat. Er wendet nunmehr eine Methode an, die sich als eine Kombination von Dilatation und elektrolytischer Beseitigung von Strikturen darstellt. Mittels eines Operationscystoskopes führt er einen Katheter ein, der mit seinem proximalen Ende an die Stromquelle angeschlossen wird. Ein im Innern des Katheters verlaufender Draht

leitet den Strom zu der an dem distalen Ende zu befestigenden „Olive". B. benützt zur Dilatation sechs verschieden große Oliven, die kleinste ist ungefähr so groß als der Knopf an der Mündung einer Ohrenspritze. Die Stromanordnung ist derartig, daß die eine Elektrode auf dem Abdomen des Patienten liegt. Er geht nun folgendermaßen vor. Zuerst wird der Katheter in den Teleskopteil des Cystoskops eingeführt und hierauf mit einer passenden Olive versehen. Das Cystoskop wird hierauf in Position gebracht und der armierte Katheter nach entsprechender Füllung der Blase wie ein Ureterkatheter in die Ureteröffnung eingeführt. Hierauf läßt man einen Strom von 300—400 Milliampère einwirken. Schon nach einigen Sekunden merkt man, wie allmählich eine Dilatation eintritt. B. beginnt mit der kleinsten Olive und führt, wenn notwendig, in ein und derselben Sitzung die größeren Nummern ein. Der Stein pflegt nicht unmittelbar, sondern erst nach Ablauf von 2—4 Tagen spontan abzugehen. Die Arbeit enthält mehrere Illustrationen und einige Krankengeschichten von Patienten, bei denen dieses Vorgehen mit Erfolg Anwendung fand. *Saxinger* (München).CH

Proust, R., et A. Buquet, Technique de l'urétérorraphie circulaire. (Technik der zirkulären Harnleiternaht.) Journal de chirurg. Bd. **10**, Nr. 4, S. 417—432. 1913.

Verff. wollen die Invaginationsmethode mit der aus theoretischen Gründen erhobenen Forderung vereinen, daß Intima auf Intima, Adventitia auf Adventitia zu liegen kommen soll. Zunächst wird der zentrale Teil mit Hilfe von Haltefäden „ektropioniert", d. h. das Harnleiterrohr am Ende manschettenförmig umgekrempelt. Dann wird der distale Teil ein Stück weit längs geschlitzt, das umgekrempelte zentrale Ende mit Hilfe der mit Nadeln armierten Haltefäden in den distalen Teil hineingezogen, noch über den Winkel des Längsschlitzes hinaus. Die Fäden werden auf der äußeren Wand des distalen Teils geknüpft. Mit Hilfe in besonderer Weise durch die Wand geführter Fäden wird das nach oben überstehende geschlitzte Ende des distalen Teils „entropioniert", d. h. so eingekrempelt, daß nun mehr oben Adventitia gegen Adventitia zu liegen kommt. Die Fäden befestigen zugleich das distale Stück auf der Außenwand des zentralen. Zum Schluß wird durch eine Naht noch der Längsschlitz geschlossen. Das Verfahren setzt voraus, daß der Harnleiter lang genug ist, soll aber dann ausgezeichnete Resultate geben: alle Fäden liegen außerhalb der Lichtung, Stenose wird mit Sicherheit vermieden. (1 Fall am Menschen.) *Burckhardt* (Berlin).CH

Moore, Harvey Adams, Primary suture of the bladder. (Primäre Blasennaht.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 3, S. 133—134. 1913.

Verf. empfiehlt die primäre völlige Verschließung der durch Sectio alta eröffneten Blase in Fällen suprapubischer Prostatektomie mit nicht zu schwerer Cystitis, nach Entfernung von Steinen, gutartigen und bösartigen Tumoren, wenn die Blutung nicht zu stark ist usw. Er füllt die Blase mit Luft, näht sie in zwei Schichten mit Catgut und führt in die Harnröhre einen möglichst dicken Katheter. Das Cavum Retzii drainiert er 24—36 Stunden bei Befürchtung einer Infektion. Keine neuen Gesichtspunkte. *W. Israel.*CH

Buerger, Leo, Congenital diverticulum of the bladder with a contractile sphincteric orifice. (Kongenitales Blasendivertikel mit einer contractilen sphincterartigen Mündung.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 3, S. 135—136. 1913.

Ein großes kongenitales Blasendivertikel, das ein etwa walnußgroßes Papillom enthielt, zeigte bei wiederholter cystoskopischer Beobachtung die Eigentümlichkeit, daß sich seine Öffnung sowohl spontan als auch ganz besonders auf Reize hin (Hochfrequenzströme) nach Art eines Sphincters vollkommen schloß, so daß das Papillom unsichtbar wurde. Starke Anfüllung der Blase mit Flüssigkeit hatte keine Aufhebung des Phänomens zur Folge, das cystoskopisch zum ersten Male beobachtet wurde. *W. Israel.*CH

Nicloux, Maurice, et Victoire Nowicka, Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la vessie. (Über die Permeabilität und Absorptionsfähigkeit der Harnblase.) (*Laborat. de physiol. gén. du mus. nation. d'hist. natur.*) Journal de physiol. et de pathol. gén. **15**, S. 296—311. 1913.

Die Blase besitzt für Alkohol eine Permeabilität nach beiden Richtungen hin (aus dem Blut in die Blase und umgekehrt). Zweifellos besteht die Permeabilität auch für andere nicht geprüfte Substanzen, wenn auch diese Eigenschaft keine allgemeine ist. *v. Lichtenberg* (Straßburg).CH

Nogier, Th., et G. Reynard, Un cas rare de grand diverticule vésical bourré de calculs. (Seltener Fall eines großen Blasendivertikels voll mit Steinen.) Journal d'urol. Bd. **3**, Nr. 4, S. 475—480. 1913.

Diagnose vor der Operation gestellt mit Hilfe von Röntgenaufnahmen mit und ohne

Kollargolfüllung der Blase. Der Schatten der Steine im Divertikel lag neben dem Kollargolschatten. Operative Entfernung der Steine. Die Radikaloperation des Divertikels wurde zurückgestellt, da wegen der Lunge der Eingriff möglichst schonend ausgeführt werden mußte.
Magenau (Stuttgart).CH

Castorina, R., Sulla cistite blenorragica. (Über die gonorrhoische Cystitis.) (*Dispensario celt. governat. municipalizzato, Catania.*) Gaz. internaz. di med.-chirurg. Nr. 13, S. 299—303 u. 317—324. 1913.

Nach bakteriologischen Untersuchungen des Urins von Gonorrhoikern mit Harnblasenentzündung und Kultur- und Tierversuchen kam Castorina zum Schlusse, daß beim Zustandekommen der „gonorrhoischen" Cystitis das Bacterium coli eine wesentliche Rolle spielt. *Leuenberger* (Basel).CH

Sexton, L., Observations of vesical calculi. (Über Blasensteine.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. 65, Nr. 10, S. 744—749. 1913.

Blasensteine finden sich bei Weißen weit häufiger als bei Negern. Innerhalb von 20 Jahren kamen 158 Steine zur Beobachtung. — Für die Entstehung der Blasensteine spielt die Art der Ernährung eine große Rolle; hartes Wasser, viel Fleisch oder stickstoffreiche Nahrung begünstigen die Entstehung der Steine. Als Ursachen kommen weiter in Betracht das Heruntersteigen des Steines aus einer Niere durch den Ureter, besonders bei konstitutioneller Lithiasis oder Oxalurie. Am häufigsten finden sich Blasensteine in den ersten 10 Lebensjahren und im späteren Alter; sehr selten sind sie bei männlichen Personen zwischen dem 10. und 25. Lebensjahre und bei Frauen; sehr häufig werden sie in den tropischen Ländern gefunden, infolge der starken Perspiration und verringerter Urinausscheidung. 75% der Steine sind harnsaure. Verf. beschreibt ausführlich die allgemein bekannten Symptome der Blasensteinkrankheit. Zur Entfernung der Steine bevorzugt er die Sectio alta, besonders wenn daneben eine Vergrößerung der Prostata vorhanden ist. Bei dieser Operation ist die Übersichtlichkeit eine weit bessere als bei den Operationen von unten her. Zu vermeiden ist diese Operation nur bei infizierten Blasen. Die Lithotripsie ist nur brauchbar bei Entfernung von kleinen und nicht zu harten Steinen. Die erzielten Resultate sind sehr gute. Die Incision vom Perineum aus ist weniger zu empfehlen, da sie die sexuellen Funktionen mehr oder weniger stört. *Hirschberg* (Berlin)

Legueu, Les ulcères simples de la vessie. (Die einfachen Blasengeschwüre.) (*Hôp. Necker.*) Progrès méd. Jg. 44, Nr. 19, S. 242—244. 1913.

Das Ulcus simplex der Harnblase ist eine sehr seltene Erkrankung. Blutung am Ende der Miktion, dabei keine Cystitis, lassen daran denken, wenn Stein, Tuberkulose, Tumor auszuschließen sind; doch ist die Diagnose letzten Endes nur cystoskopisch zu stellen. Die fast stets solitär auftretenden Geschwüre sind wohl ebenso als „Infarkt" aufzufassen, wie das Ulcus ventriculi. Mit diesem teilt es die Gefahr der Perforation nach außen. — Legueu hat einen solchen Fall beobachtet, der zum Exitus kam. Aus diesem Grunde schlägt L. vor, solche Ulcera zu resezieren, und nicht, wie er es in einem anderen genauer beschriebenen Falle getan hat, sich auf Thermokauterisation zu beschränken. *Posner.*CH

Buford, Coleman G., Large urethral caruncle in a girl of nine years. A preliminary note, with a summary of the subject. (Breite Urethralkarunkel bei einem 9jährigen Mädchen.) (*Children's mem. hosp., surg. dep.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 60, Nr. 17, S. 1281—1283. 1913.

Durch einen Fall beim Rollschuhlaufen wurde bei einem 9jährigen Mädchen eine etwa der Größe der Daumenendphalange entsprechende Geschwulst zwischen den kleinen Labien hervorgepreßt, die stärker blutete und schmerzhaft war. Sie stellte sich als Granulationsgeschwulst der Harnröhrenmündung heraus und wurde, nachdem schon verschiedentlich vergeblich behandelt, excidiert, die Schleimhaut mit der äußeren Haut vernäht und primär zur Abheilung gebracht. Im Vaginalsekret fanden sich bei einer späteren Untersuchung noch Gonokokken, so daß die Ätiologie wie in vielen Fällen auf Gonorrhöe zurückzuführen ist. Verf. stellt im Anschluß an seinen ungewöhnlichen Fall noch die Literatur zusammen, in der besonders eine zusammenfassende Arbeit über diesen Gegenstand von Lange 1902 und Williamson and Alter 1904 (Journ. obst. and Gyn. Brit. Emp. Nov.) erwähnt wird. *Penkert* (Halle a. S.).

Schickele, Eine neue Blasenscheidenfisteloperation. (*Univ.-Frauenklinik, Straßburg.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Für die größte Mehrzahl der Blasenscheidenfisteln genügt die alte Methode der Anfrischung und schichtweisen Vernähung. Wenn die Fistel ziemlich nahe am Os externum liegt, bietet die Küstnersche Methode wesentliche Vorteile. Die exakte Naht des Gewebes in der nächsten Umgebung der Fistelöffnung auf die vordere Cervixwand gibt genügende Garantie zur Heilung, so daß die Naht der Fistelöffnung selbst überflüssig wird. In einem kürzlich operierten Fall mußte in anderer Weise vorgegangen werden. Die nach der Geburt entstandene Blasenscheidenfistel war gut markstückgroß, die Portio ragte in die Blase, nicht in das Scheidenlumen herein, der untere Teil der Vorderlippe war abgerissen. Breite Infiltration des umgebenden Gewebes bis an die Schambeinknochen, der Uterus völlig fixiert, so daß er nicht herabgezogen werden konnte. Es wurde in folgender Weise in einer Sitzung vorgegangen: 1. Laparatomie. Beiderseitige Tubenunterbindung. Quere Eröffnung der vorderen Plica, quere Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes (sehr derbes Narbengewebe). Durch diese Öffnung wird der Fundus uteri herausgeleitet, seröse Naht in zwei Etagen, zwischen hintere Blasen- und hintere Uteruswand. Schluß der Bauchhöhle. 2. Einstellen der Portio, die sich jetzt in geringem Maße herabziehen läßt, breite Anfrischung der unteren Fistelöffnung, möglichst weite Ablösung der Blasenschleimhaut von der Scheidenwand, wobei derbes schwieliges Gewebe bis in den Bereich der Corpora cavernosa durchtrennt wird. Die Blasenöffnung bleibt unberücksichtigt und wird nicht genäht, exakte Naht der Scheidenwand auf die vordere Wand des Corpus uteri. Der Fundus uteri ragt also in die hintere Blasenwand hinein und bildet den Verschluß der Fistelöffnung.

Autoreferat.

● **Legueu, F., P. Papin et G. Maingot, Exploration radiographique de l'appareil urinaire.** (Die radiographische Untersuchung der Harnorgane.) (*Clin. des mal. des voies urin.* [*Hôp. Necker.*]) Paris, Gittler. 1913. VIII, 235 S. Frcs. 30.—.

Das groß angelegte Werk zeigt, daß die Radiographie dem Urologen präzise Daten geben kann über Form, Größe der Niere, über renale Retentionen, über Veränderungen oder Intaktheit des Nierenparenchyms, die weder Klinik noch Ureterenkatherismus zu geben vermag. Im ersten Teil wird ausführlich die Technik besprochen: Vorbereitungen, Kompressionsblende, Strahlenqualität, Expositionszeit, Plattenentwicklung, Plattenkritik, Sondenaufnahmen, Collargolpyelographien. Der zweite Teil bringt die praktische Anwendung auf das Studium der Physiologie und Pathologie des Harntraktus, normale Nierenphotogramme, Bedeutung des Studiums der injizierten Nierengefäße im Röntgenbild, Cystopyelogramme normaler und pathologisch veränderter Harnwege. Ein besonderes Kapitel bespricht die Diagnostik der Ureteranomalien, die ganz wesentlich gefördert wurde. Die Radiographie renaler Retentionen läßt nicht nur jene großen hydronephrotischen Säcke erkennen, die auch die klinische Untersuchung aufdeckt, sondern auch Nierenbeckenerweiterungen geringeren Grades, die der klinischen Methode entgehen. Es folgt die Radiographie der Nieren- und Uretersteine mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Indikation zur Operation. Sehr eingehend werden die Fehlerquellen bei der Steindiagnose besprochen. Der Befund am Nierenschatten und im Pyelogramm bei Nierentuberkulose, der Befund bei Ren mobile, die Cystographie bei Blasentumoren, -steinen, -divertikel werden in weiteren Kapiteln besprochen. Das Buch enthält eine Anzahl vorzüglicher Abbildungen, in der Mehrzahl Röntgenogramme. *Lembcke* (Freiburg).

Mamma:

Jaboulay, Cancer du sein. (Mammacarcinome.) (*Hôtel-Dieu, Lyon.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. 24, Nr. 1, S. 1—3. 1913.

Schilderung eines Falles von Mammacarcinom, der weiter keine Besonderheiten bietet, als daß das Wachstum der Neubildung eine Zeitlang durch eine Pneumonie regressiv beeinflußt worden ist. *Carl* (Königsberg).CH

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Kehrer, E., Über Tetanie. (*Frauenklinik, Dresden.*) 15. Versammlung der dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Kehrer kann sich im wesentlichen mit dem Referat des Herrn Seitz über die Tetanie einverstanden erklären. Eine latente Tetanie ist in der Schwangerschaft und im Wochenbett wesentlich häufiger als man früher angenommen hat. Zu ihrer Erkennung muß man nur auf eine Reihe von Symptomen: Kriebeln und Eingeschlafensein der Hände und Füße, besonders auf das Chvosteksche Facialisphänomen, sowie auf die galvanische Erregbarkeit achten, welch letztere auch den Kinderärzten zur Diagnose der Tetanie dient. An der Dresdner Frauenklinik habe ich zusammen mit Kreiss die galvanische Erregbarkeit und das Chvosteksche Facialisphänomen bei Schwangeren und bei Wöchnerinnen der ersten 10 Tage untersucht und in 75% der Fälle positive Befunde erhoben. Damit erfährt die Angabe von Seitz, daß in 80% bei schweren Fällen die galvanische Erregbarkeit erhöht sei, eine Bestätigung. Der Angabe von Seitz, daß die Tetanie der ersten Wochenbettstage noch mit der Schwangerschaft in Beziehung stehe, kann nicht beigestimmt werden; vielmehr ist die Tetanie im Frühwochenbett auf den Verlust des kalkreichen Blutes und auf die psychische Erregung bei der Geburt, sowie auf die Absonderung der kalkreichen Milch im Wochenbett zu beziehen. Infolgedessen wird die Schwangerschaftstetanie nicht, wie Seitz meint, in 90%, sondern in 64%, die puerperale Tetanie in 32% und die Geburtstetanie nur in 2,8% aller Fälle beobachtet, wenn man, wie dies Kehrer getan, ungefähr 100 Fälle der Literatur und 7 eigene Beobachtungen zugrunde legt. Damit der tetanoide Zustand in eine wirkliche Tetanie übergeht, ist eine Hypoplasie oder numerische Reduktion der Epithelkörperchen notwendig. 3 Sektionsbefunde über Maternitätstetanie liegen bisher vor: Haberfeld fand nur 1 Epithelkörperchen, Kehrer in einem Fall von Oxalsäurevergiftung am Ende der Schwangerschaft nur $1^1/_2$ Epithelkörperchen und in einem anderen Fall von Lactationstetanie nur 2 Epithelkörperchen. Toxische Stoffe, die in der Schwangerschaft gebildet werden, scheinen die Epithelkörperchen ebenso zu schädigen, wie irgendwelche Gifte (Narkose, desinfizierende Spülungen usw.), die in der Schwangerschaft und im Wochenbett angewendet werden. Das souveräne Mittel bei der Tetanie in Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett und ebenso bei der Tetanie Neugeborener ist Kalk in hohen Dosen, der in mittelschweren Fällen in Mengen von 6—10 g, in schweren Fällen in noch höheren Dosen pro Tag zugeführt werden kann, und zwar oral, rectal und unter der Voraussetzung, daß die Lösung auf große Strecken von Unterhautzellgewebe verteilt wird, auch subcutan (cave Abscesse!). Die Epithelkörperchen-Transplantation für schwere Fälle zu empfehlen, ist zwecklos, denn zum Anheilen der Epithelkörperchen ist bei solchen Situationen keine Zeit vorhanden und außerdem heilen nach den Untersuchungen von Halstädt transplantierte Epithelkörperchen nur dann ein, wenn alles Parathyreoideagewebe entfernt ist. Derartige Fälle aber kommen nicht vor. Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Tetanie hält K. nicht für richtig. Bei jeder Geburt geht das kalkreiche Blut verloren und die Tetanie wird nicht besser, sondern schlimmer werden. In Fällen von Frank, Haberfeld, Rich. Braun usw. ist durch die Frühgeburt kein Erfolg eingetreten. Auch starb die Mehrzahl der Tetaniekranken (von 9 Fällen der Literatur 7) im Wochenbett. Die Voraussetzung für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung, daß durch die Geburt die Krämpfe eine wesentliche Besserung erfahren, ist also nicht gegeben und wer — wie K. in 3 Fällen in Bern — die ganz schweren Fälle von Tetanie, in denen die Krämpfe auf die Atmungsmuskulatur fortgeschritten waren, gesehen hat, kann sich von der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung nichts versprechen. Sofortige Kalkzufuhr in hohen Dosen auf allen zur Verfügung stehenden Wegen ist die einzige und beste Methode der Behandlung leichterer und schwerster Tetanieformen.

Autoreferat.

Martin, E. Denegre, The advancement of obstetrics and its relation to gynecology. (Die Fortschritte der Geburtshilfe und ihre Beziehung zur Gynaekologie.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 7, S. 515—521. **1913.**

Nach einer kurzen Erwähnung der Fortschritte der Geburtshilfe in den letzten Jahrhunderten, wie sie vor allen durch Einführung der Zange, der Asepsis, der Anästhesie und der Röntgenstrahlen zu verzeichnen waren, betont Vortragender, welcher Segen insbesondere von dem unter dem Schutze der Asepsis ausgeführten abdominalen Kaiserschnitt bei engem Becken und Placenta praevia ausgegangen ist. Wichtig ist eine gründliche Ausbildung der Studenten in der Geburtshilfe; von großer Bedeutung eine Belehrung der Frauen, in der Menopause sich bei den geringsten Störungen des Wohlbefindens ärztlich untersuchen zu lassen, wobei auf Carcinom der Genitalien und der Mamma zu achten ist. — In der Diskussion wird auf die engen Beziehungen zwischen Geburtshilfe und Gynaekologie hingewiesen und hinzugefügt, daß der Gynaekologe auch in der gesamten Bauchchirurgie Bescheid wissen müsse, um bei Fehldiagnosen oder in unklaren Fällen vom Chirurgen unabhängig zu sein. *Rittershaus* (Coburg).

Schwangerschaft:

Kehrer, E., Ein neues Verfahren zur röntgenologischen Beckenmessung; klinische Untersuchungen. (*Frauenklinik, Dresden.*) 15. Versammlung der dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Die Versuche zur röntgenologischen Beckenmessung sind nicht neu. Aber die angegebenen Methoden sind für die allgemeine Verwendung nicht absolut zuverlässig oder zu kompliziert. Denn wenn man, wie bei einem Verfahren zu geschehen hat, die Reißschiene und die Logarithmentafel erst zur Hand nehmen muß, um eine Conjugataberechnung auszuführen, so werden Sie zugeben, daß dieses Verfahren in Kliniken keinen Eingang finden kann. Zusammen mit Dessauer, Frankfurt a. M., habe ich einen Apparat zur röntgenologischen Beckenmessung konstruiert, welcher die Bestimmung der Conjugata vera und des Querdurchmessers des Beckeneingangs absolut zuverlässig und ohne Schwierigkeit gestattet. Nachdem Sie die physikalischen Grundlagen der Methode, die sich an das Mackenzie-Davidsonsche Kreuzfadenverfahren anschließt, soeben durch Herrn Dessauer kennen gelernt haben, mögen die klinischen Versuche und Resultate kurz mitgeteilt werden, die ich bei zahlreichen Untersuchungen zusammen mit meinem Assistenten Dr. Kreiss gewonnen habe. Will man auf dem Röntgenbild eines Beckens Promontorium und Symphyse in gleich deutlicher Weise erkennen, so muß die Beckeneingangsebene möglichst genau parallel der Tischplatte eingestellt sein. Das gelingt annähernd, wenn auch nicht in mathematischem Sinne genau, wenn der vordere Teil der Crista iliaca, der in 90% der Fälle parallel der Beckeneingangsebene läuft, horizontal steht. Ferner muß die Röntgenröhre bei der Aufnahme möglichst in der Mitte des Sagittaldurchmessers des Beckeneingangs sich befinden, wobei es gleichgültig ist, ob sie nach links oder rechts vom Becken placiert wird. Die Technik des Verfahrens sei in Kürze folgendermaßen geschildert: Nachdem die Pat. mit etwas erhöhtem Oberkörper auf dem Untersuchungsstuhl Platz genommen hat, und das Becken und die Oberschenkel durch besondere Vorrichtungen, die Sie am Apparat sehen können, absolut ruhig gestellt sind, wird erst von der einen, dann von der anderen Seite aus je eine Aufnahme ausgeführt, wobei ziemlich harte und scharf zentrierte Müller- oder Veifa-Wasserkühlröhren (Härtegrad 5—6 Benoist) in Anwendung kommen. Belastung der Röhre mit 5—6 Milliamp. Die Expositionszeit beträgt $1^3/_4$ bis 2 Minuten. Es ist also überraschend, aber von uns durch viele Versuche festgestellt, daß auch mit dem leistungsfähigsten Apparat die Aufnahme am Ende der Schwangerschaft für unsere Zwecke nur dann gelingt, wenn man längere Zeit exponiert. Nach Entfernen und Entwickeln der beiden Platten und nachdem die Pat. den Untersuchungsstuhl verlassen hat, wird das früher die Aufnahmekassette bedeckende Holzbrett durch eine Glasscheibe und jede der beiden Röntgenröhren durch ein Fadenpaar mit Gewichten und Stiften ersetzt. Nach Einschieben der beiden entwickelten Platten in den Aufnahmetisch werden Promontorium und Symphyse, oder wenn man den Querdurchmesser bestimmt, die entsprechenden Punkte

der Lineae innominatae durch den Stift markiert. Die Entfernung der beiden Kreuzungspunkte der Fäden wird direkt mit einem beliebigen Maßstab gemessen und zeigt genau die Länge der Conjugata vera an. Das Gelingen der Aufnahme und der Messung hängt von einer guten Aufnahmetechnik ab, d. h. im wesentlichen von der absoluten Ruhelage der Frau, von der Güte und genauen Zentrierung der Röntgenröhren und der Expositionszeit. Sind Promontorium und Symphyse und auch deren Knorpel genau auf der Platte zu sehen, so gelingt die Bestimmung der Beckeneingangsmaße ohne jede Schwierigkeit auf den Millimeter genau. Durch diesen Fundamentalsatz zeigt sich das Problem der röntgenologischen Beckenmessung in einer für die Klinik anwendbaren Form als gelöst und zugleich ist die Begrenzung der röntgenologischen Pelvimetrie gegeben: 1. Die Messung gelingt am skelettierten Becken (11 Messungen) auf den halben Millimeter genau. 2. Bei Wöchnerinnen (5 Fälle) und nicht zu fetten Frauen (2 rachitische Zwerge) oder nach früherer Sectio caesarea (11 Fälle) oder subcutaner Symphysiotomie (7 Fälle), läßt sich die Messung der C. v. des Beckeneingangs, wie die vergleichende Untersuchung mit der instrumentellen Beckenmessung nach Zweifel ergibt, auf den Millimeter genau ausführen. 3. Auch im Anfang der Schwangerschaft lassen sich noch gute Röntgenaufnahmen erzielen. 4. Am Ende der Schwangerschaft ist die röntgenologische Beckenmessung bei dem bisherigen Stand der Technik leider nur ausnahmsweise auszuführen. Unter 20 Aufnahmen aus den letzten Schwangerschaftswochen gelang es uns trotz aller Mühe, nur 4 mäßig gute und eine wirklich brauchbare Aufnahme des mit der Eingangsebene genau horizontal gestellten Beckens zu erhalten. Die Schwierigkeit der Aufnahme eines derartig gestellten Beckens am Ende der Schwangerschaft liegt in den sich bildenden Sekundärstrahlen. Die Strahlen treten nicht, wie bei sonstigen Beckenaufnahmen, ziemlich von vorn her ein, sondern mehr tangential; sie durchsetzen also nicht senkrecht, sondern schräg vordere Bauchwand, Uterusmuskulatur, Fruchtwasser, kindlichen Thorax bzw. kindlichen Kopf. Hoffentlich gelingt es der Technik, durch Verstärkungsfolien oder auf andere Weise mit der Zeit die Schwierigkeit der röntgenologischen Pelvimetrie am Ende der Schwangerschaft zu beseitigen. Solange das nicht der Fall ist, müssen wir bemüht sein, die röntgenologische Beckenmessung bei jedem Verdacht auf enges Becken außerhalb der Schwangerschaft oder ganz im Beginn derselben auszuführen und Ärzte und Publikum noch mehr wie bisher, dazu erziehen, daß schwangere Frauen zur Begutachtung ihres Beckens in frühester Zeit der Schwangerschaft geburtshilfliche Kliniken aufsuchen. Für Kliniken eignet sich die angegebene Methode ausgezeichnet; vielleicht ist die Zeit nicht mehr fern, da wir von einer exakten klinischen Leitung der Geburt beim engen Becken die röntgenologische Beckenmessung verlangen werden. Jede instrumentelle Beckenmessung vor der Geburt birgt ja gerade in den Fällen, in denen der Kaiserschnitt in Frage kommt, die große Gefahr der Infektion in sich. Autoreferat.

Lams, Honoré, Étude de l'œuf de cobaye aux premiers stades de l'embryogenèse. (Das Studium des Meerschweincheneies in den ersten Stadien der Embryogenese.) (*Laborat. d'histol. etd' embryol., univ., Gand.*) Arch. de biol. Bd. 28, Nr. 2, S. 229—323. 1913.

Ausführliche Beschreibung der frühesten Entwicklungsvorgänge am Meerschweinchenei, unter denen besonders hervorgehoben wird, daß auch der Schwanz des Spermatozoons in die Eizelle eindringt und ebenfalls ein vollwertiger Träger der väterlichen Vererbung ist. *Gräfenberg* (Berlin).

Winter, L. de, Études sur l'ovogenèse chez les podures. (Studien über die Entwicklung des Eies bei der Podura aquatica.) Arch. de biol. Bd. 28, Nr. 2, S. 197—227. 1913.

An obigem Insect aus der Reihe der Collembolen hat Verf. in systematischen Untersuchungen an Serienschnitten die verschiedenen Entwicklungsstadien der Reihe nach studiert und durch vorzügliche Abbildungen anschaulich gemacht: Von der Zona germinativa lösen sich Zellen ab, die durch Wachstum und spätere Kernteilung sich

vermehren. Sodann zeigt sich eine Differenzierung dieser Ovocyten in Eizellen und Stütz- resp. Zwischengewebszellen. Letztere dienen anfänglich auch der Ernährung, da sie sich mit Fettkugeln aus der Umgebung imbibieren. Durch vermehrtes Wachstum der Ovula tritt das Zwischengewebe in den Hintergrund und schließlich, wenn die Eizellen die Hülle sprengen, kommt es zur Entleerung in die Ductus oopheri. Die Reste der Stützzellen gehen zugrunde und in den leeren Eisack hinein beginnt wieder von der Zona germinativa aus das Vordringen der Oocyten der nächsten Keimperiode. *Fuchs* (Breslau).

Ward, E., Multiple pigmented warts in pregnancy. (Multiple pigmentierte Warzen in der Gravidität.) Brit. journal of dermatol. **25,** Nr. 5, S. 153 bis 154. 1913.

Gesunde, 32 jährige, brünette Frau, vor etwa 9 Jahren zum 1. Male gravid. In den letzteren Schwangerschaftsmonaten Auftreten von zahlreichen pigmentierten Warzen an Rumpf und Hals und an den Extremitäten. Nach der Entbindung fallen einzelne ab, die Mehrzahl bleibt bestehen. 4 Jahre später neuerliche Gravidität; im Beginn des 6. Monats abermals Auftreten von zahlreichen stecknadel- bis erbsengroßen, ovalen oder rundlichen, derben, flachen, schwarzgefärbten warzenähnlichen Erhabenheiten der Haut am Körper und an den Extremitäten; am zahlreichsten am Hals; Gesicht und Hände frei. Nach der Entbindung Persistenz der Neubildungen. Unter Behandlung mit Salicylkollodium scheinen einige abzufallen, andere abzublassen. 3 Jahre später keine weitere Abnahme zu konstatieren. *Hall* (Graz).

Schoenflies, Rosalie, Die Fürsorge für Schwangere. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 7, S. 213—216. 1913.

Verf. erinnert an die ärztlichen Beobachtungen, daß Arbeitsruhe in den letzten Wochen der Schwangerschaft nicht nur für die Mutter heilsam, sondern auch auf die Entwicklung der Kinder von günstigem Einfluß ist. Unter der unzulänglichen reichsgesetzlichen Fürsorge leiden besonders die ledigen Schwangeren, die ihre Arbeitsstätte aufgeben müssen und brotlos werden, sobald ihr Zustand erkennbar wird. Die Verpflichtungen des außerehelichen Vaters für die Zeit vor der Niederkunft sind bei uns nach dem BGB. nicht genügend präzisiert, so daß sie kaum eine praktische Bedeutung haben. Im Gegensatz dazu wird auf einen Entwurf zu einem neuen Unehelichengesetz in Norwegen hingewiesen, das dem außerehelichen Vater die Unterhaltungspflicht für die drei letzten Monate vor der Geburt auferlegt. Vorläufig bleibt bei uns die Schwangerenfürsorge noch der öffentlichen Wohltätigkeit überlassen. Stadtbehörden und Vereine finden hier ein günstiges Feld der Betätigung. *Holste.*

Behne, Ergibt das Dialysierverfahren von Abderhalden eine spezifische Schwangerschaftsreaktion. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 17, S. 613—619. 1913.

Verf. hat unter genauester Einhaltung der Abderhaldenschen Methodik des Dialysierverfahrens in 60 ausgewählten Fällen Serumuntersuchungen ausgeführt und bei normaler Gravidität fast regelmäßig positive Resultate gefunden; es kamen aber dabei auch sicher negative Reaktionen vor. Nichtschwangere, die an einer entzündlichen, namentlich eitrigen Genitalerkrankung oder an Eiterung an anderen Körperstellen (Mastitis usw.) litten, gaben häufig eine positive Reaktion. Bei der Differentialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und entzündlichen (eitrigen) Adnexerkrankungen gab das Dialysierverfahren keine zuverlässigen Resultate. Positive Resultate lieferten auch Sera männlicher Individuen (Fälle von Lungentuberkulose und Lebererkrankung). *Herzog* (Frankfurt a./M.).

Stange, Bruno, Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. (*Prov.-Hebammen-Lehranst. u. Frauenklin., Magdeburg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 20, S. 1084—1085. 1913.

Engelhorn-Erlangen hat bei seiner Nachprüfung das Abderhaldensche Dialysierverfahren zum biologischen Nachweis der Schwangerschaft abgelehnt. Verf. hat 73 Fälle von sicher nachweisbarer Schwangerschaft untersucht und kommt zum Schluß, daß das Dialysierverfahren bei bestehender Schwangerschaft in 100% der Fälle positive Reaktion gibt. In 5 Fällen, wo Gelegenheit war, die ein-

wandfreien Seren Nichtschwangerer zu untersuchen, war die Reaktion negativ. Die widersprechenden Resultate Engelhorns beruhen nach der Ansicht des Verf. auf irgendwelchen Fehlern in der angewandten Technik. *Hirsch* (München).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Kehrer, E., Vergleichende Untersuchungen über den Kalkgehalt des Blutes in der physiologischen und pathologischen Schwangerschaft, sowie im Wochenbett. (*Frauenklinik, Dresden.*) 15. Versammlung der dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Kehrer hatte auf dem Münchner Gynaekologen-Kongresse in einem Vortrag über Maternitätstetanie die Hypothese aufgestellt, daß eine physiologische Kalkverarmung des Körpers in der Schwangerschaft durch Abgabe von Kalk an den Foetus, unter der Geburt durch Verlust des kalkreichen Blutes und im Wochenbett durch Sekretion der kalkreichen Milch zu erwarten und eine pathologische Kalkverarmung bei Osteomalacie, Rachitis und Tetanie sehr wahrscheinlich sein dürfte. Diese Hypothesen zu begründen oder abzulehnen war die Aufgabe von sehr mühsamen Untersuchungen, die K. zusammen mit Dr. chem. Curt Wagner an der Dresdner Frauenklinik angestellt hat. Es wurde nach einer außerordentlich genauen und verläßlichen Methode der Kalkgehalt des durch Venenpunktion gewonnenen und mit Hirudin versetzten Gesamtblutes bestimmt, während der Kalkgehalt des Blutplasmas bei Schwangeren bereits von Lamers festgestellt worden war. Die Resultate der noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen sind: 1. Die Werte für den Kalkgehalt des Blutes bei normaler Schwangerschaft gegenüber dem nicht schwangeren Zustand scheinen etwas erhöht. Sie betrugen bei 18 Frauen am Endtermin der Schwangerschaft im Mittel 6,71 mg Kalk bezogen auf 100,0 ccm Blut bzw. 3,35 mg Kalk bezogen auf 10,0 g Trockensubstanz. Eine physiologische Kalkverarmung in der Schwangerschaft wäre nach diesen freilich noch zu spärlichen Untersuchungen demnach nicht vorhanden, was höchst merkwürdig wäre, da zweifellos in der Schwangerschaft eine beträchtliche Kalkabgabe erfolgt: der Foetus muß für seinen Knochenaufbau fortwährend von der Mutter Kalk aufnehmen, die Osteophytenbildungen am Schädel sind nicht ohne Kalkzufuhr möglich und die Epithelkörperchenfunktion, die sehr wahrscheinlich in der Schwangerschaft gesteigert ist, hat nach allem, was wir bisher wissen, reichliche Kalkmengen zur Voraussetzung. 2. Bei Nephritis gravidarum findet sich eine geringe, bei Eclampsia gravidarum eine beträchtliche Abnahme des Blutkalkgehaltes gegenüber der normalen Schwangerschaft (6,26 mg Kalk bezogen auf 100,0 ccm Blut bzw. 3,31 mg Kalk bezogen auf 10,0 g Trockensubstanz bei Nephritis gravidarum und 5,90 mg Kalk bezogen auf 100,0 ccm Blut bzw. 2,88 mg Kalk bezogen auf 10,0 g Trockensubstanz bei Eclampsia gravidarum). Von 8 Eklampsiefällen waren nur in einem, auch in anderer Hinsicht anormalen Fall keine niederen, sondern normale Kalkwerte vorhanden (6,62 mg Kalk in 100,0 ccm Blut gegenüber dem Durchschnittswert der Eklampsie von 5,90 und dem Durchschnittswert der normalen Schwangerschaft von 6,71). 3. Im normalen Frühwochenbett stillender Frauen (9. und 10. Tag p. p.) findet sich eine beträchtliche Abnahme des Blutkalkgehaltes, welche auf den Blutverlust bei der Geburt, die Milchabsonderung im Wochenbett und vielleicht auch auf die ziemlich kalkarme Ernährung der Wöchnerinnen der ersten Wochenbettstage zu beziehen ist und mit einem in 75% aller Wöchnerinnen nachgewiesenen tetanoiden Zustand (positives Chvosteksches Phänomen, gesteigerte mechanische Erregbarkeit usw.) im Zusammenhang stehen dürfte. 4. Im Wochenbett von Frauen, die am Ende der Schwangerschaft Nephritis oder Eklampsie hatten, zeigte sich ein auffallender Anstieg der Kalkwerte gegenüber normalen Wöchnerinnen, der bis jetzt noch keine Erklärung findet. Doch ist zu betonen, daß die Mehrzahl der bisher Untersuchten tote Kinder zur Welt brachten, also im Wochenbett nicht stillten. Autoreferat.

Phillips, W. D., Comparative value of abdominal and vaginal examination in diagnosis of fetal presentation and position. (Vergleich über den Wert der äußeren und inneren Untersuchung zur Diagnose der Lage und Stel-

lung des Föetus.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 8, S. 584 bis 587. 1913.

Da die meisten Fälle von Puerperalfieber durch die innere Untersuchung vorkommen und auch die beste Desinfektion keine Sicherheit gibt, rät Phillips, ganz auf die innere Untersuchung zu verzichten und die Diagnose nur durch die äußere Untersuchung zu stellen, die abgesehen von seltenen Fällen, z. B. Hydramnion und sehr fetten Personen, vollkommene Aufklärung gebe. *Becker* (Bonn).

Daels, Fr., Contribution à l'étude de l'invasion chorio-épithéliale bénigne dans la paroi de l'utérus et des trompes (p. 2). (Beitrag zum Studium des Eindringens chorio-epithelialer Elemente in die Wand der Gebärmutter oder der Eileiter.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. **27**, Nr. 2, S. 198 bis 211. 1913.

Aufgabe der Arbeit ist der mikroskopische Nachweis und die Nachprüfung der Behauptung Schickeles, daß exochoriale Zellen in der hyalin degenerierten Wand der Uterusgefäße im Verlauf der ersten Schwangerschaftsmonate zu finden sind. Dieser Nachweis ist geführt in sehr schönen Mikrophotogrammen. Im Anschluß daran erörtert Verf. den Wert der Curettage bei Metrorrhagien. Sie heilt in 83,3%, wenn die Blutungen Folgen eines Abortus imperfectus sind, was durch den mikroskopischen Nachweis exochorialer Elemente erhärtet wird. Viel schlechter sind die Ergebnisse, wenn dieser Nachweis fehlt, es sich also um eine chronische Endometritis handelt. In physiologischer Hinsicht bestreitet Verf. die Meinung, daß diesen Einwanderungen in das mütterliche Gewebe irgend eine Funktion, etwa die eines Haftapparates zukommt. Er hält sie für atypisch, aber für gutartig. Zum Schluß der Arbeit verknüpft Verf. seine Nachweise mit der Abderhaldenschen Entdeckung und mißt der Anwesenheit dieser chorio-epithelialen Zellen im mütterlichen Gewebe eine ätiologische Bedeutung für die post partum-Eklampsie bei. *Flatau* (Nürnberg).

Schwaab, A., et Albert-Weil, Un cas de rétention foetale; diagnostic par la radiographie. (Ein Fall von Retentio foetus durch Radiographie diagnostiziert.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5**, Nr. 44, S. 109—111. 1913.

1. Fall Schwaab - Weil: Patientin seit 11—12 Monaten amenorrhoisch, Tumor palpabel bis zur Nabelhöhe, keine Herztöne oder sonstigen Schwangerschaftszeichen. Radiographie: fötaler Skelettschatten entsprechend Mensis VI. — 2. Fall Delherm: Frau mit unbestimmten Schwangerschaftszeichen, partieller Persistenz der Menses, großem Tumor. Differentialdiagnose: Ovarialcystom, Myom, Retentio foetus. Operationsbefund: extraligamentär gelagerte Tubargravidität, unterbrochen im 5. Monat. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Fritsch, Warum wird die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft verlangt? Neue Generation **9**, H. 5, S. 251—254. 1913.

Der erfahrene Gynaekologe schildert hier eine große Reihe von Erlebnissen aus seiner Praxis. Es kam ihm vor, daß Ehemänner den künstlichen Abort aus Mitleid mit der Frau gewünscht haben, nachdem sie gesehen hatten, wie die Frauen bei der ersten Entbindung leiden mußten. Neben den naiven verlangen auch oft recht raffinierte Personen den kriminellen Abort. Für den Arzt ist die Ablehnung oft sehr schwer; den Verf. haben schon Mütter auf den Knien gebeten, die Ehre der Tochter und die der Familie zu retten. Auch in Arbeiterkreisen ist der kriminelle Abort sehr häufig, da die schlechten Erwerbsverhältnisse oft dazu Anlaß geben. Bisweilen sind die individuellen Verhältnisse derartig, daß sie das Mitleid jedes vernünftigen Menschen erregen. Aber vielfach wird der künstliche Abort aus den nichtigsten Gründen gefordert, z. B. um in der Saison ballfähig zu sein. Auch Kinderreichtum allein läßt den Gedanken an Abtreibung aufkommen. — Die größte Mehrzahl derer, die sich Früchte abtreiben lassen, sind unehelich Geschwängerte. Als Prophylaxe kommt nur in Betracht: Einrichtung möglichst vieler Gebärasyle, in welche jede Schwangere auch ohne Legitimation kostenlos aufgenommen wird. Ferner sind Findelhäuser wie in Österreich und Frankreich erforderlich. „Nicht das strenge Gesetz, sondern die größte Humanität wird die Häufigkeit der Verbrechen verringern." *Fischer* (Karlsruhe).

Riggs, T. F., Report of four cases of tubal pregnancy. (Bericht über 4 Fälle von Tubargravidität.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 8, S. 236—238. 1913.

Vier Fälle von Tubargravidität, durch Operation geheilt. Keine Besonderheiten. Wichtig für die Diagnose der lokalisierte Schmerz auf der befallenen Stelle, der eigenartige wässerige rötlich gefärbte Ausfluß und der Tastbefund. *Bondy* (Breslau).

Andrews, A., Ectopic pregnancy occurring twice in the same patient. (Zweimalige ektopische Schwangerschaft bei derselben Patientin.) Austral. med. Gaz. Bd. **33,** Nr. 11, S. 232. 1913.

Verf. beschreibt einen Fall, in dem 1902 Februar, nachdem 2 Monate Amenorrhöe vorhanden und sich Blutungen eingestellt hatten, kurettiert worden war. Nach 2 Wochen plötzliche Schmerzen im Douglas, Kolpotomie, Entfernung einer linksseitigen Tubenmole. 10 Jahre später klagte Patientin über Schmerzen in der rechten Flanke und der r. Nierengegend, Periode war seit 7 Wochen ausgeblieben. 6 Wochen später, nachdem die Operation abgelehnt war, wieder Schmerzen in der Gegend der linken Fornix und der Appendix. Erst nach 7 Wochen Entschluß der Pat. zur Operation, es wurde eine rechtsseitige Tubenschwangerschaft entfernt, die sich nach links in den Douglas erstreckte. *Penkert* (Halle a. S.).

Fraser, F. C., A case of ovarian foetation. (Ein Fall von Ovarialgravidität.) Ind. med. gaz. Bd. **48,** Nr. 4, S. 146—147. 1913.

Kurze Mitteilung über Operation einer Ovarialgravidität. Der Tumor entsprach in der Größe einer 7 monatlichen Gravidität; der Uterus, der mit der Wand des Tumors fest verwachsen war, wurde mitentfernt. Rechte Tube und Ovarium normal, die linke Tube enorm verlängert, verlief in der ganzen Länge über den Tumor, das Lumen durchgängig und normal, linkes Ovarium nicht vorhanden, in die Wand des Tumors aufgegangen, so daß Verf. keinen Zweifel hat, daß es sich um eine linksseitige Ovarialgravidität handelte. Foetus frisch, entsprach in der Größe einer Entwicklung ca. $6^{1}/_{2}$ Monate. Pat. wurde durch Operation geheilt. *Grünbaum.*

Leredde, Le traitement de la syphilis par le salvarsan chez la femme enceinte. (Salvarsanbehandlung der Syphilis in der Schwangerschaft.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 16, S. 325—326. 1913.

Mit Hilfe von Salvarsan kann man bei einer syphilitischen Frau die Schwangerschaft zu Ende führen und erzielen, daß das Kind gesund zur Welt kommt, wenn man die Behandlung nur rechtzeitig beginnt. Um dieses Resultat zu erzielen, ist es nötig, die bisherige, ungenügende Technik zu verlassen. Verf. empfiehlt, die Behandlung während der ganzen Dauer der Schwangerschaft fortzusetzen in Serien von je drei Injektionen wöchentlich; die Serien sind durch eine höchstens einmonatliche Ruhepause voneinander getrennt (man soll nicht mit der Wiederholung warten, bis die Serumreaktion wieder positiv wird, sondern weiter behandeln, ehe die Spirochäten Zeit haben, sich zu vermehren). Als „Normaldosis" verwendet Verf. 0,01 Salvarsan pro Kilogramm Körpergewicht; nur für den Beginn der Behandlung sind kleinere Dosen zu geben, nämlich 0,003 pro Kilogramm für die erste Injektion und 0,006 für die zweite, wenn nach der ersten weder andauernde Kopfschmerzen noch Temperaturen über 38° aufgetreten sind. Verf. hat über 3000 Injektionen mit der „Normaldosis" und über hundert mit höheren Mengen gemacht ohne einen Todesfall und hält das Mittel nur dann für gefährlich, wenn man die Kontraindikationen außer acht läßt; die Injektionen müssen natürlich korrekt vorbereitet und aseptisch ausgeführt werden. Ebenso wie bei nierenkranken Syphilitikern muß bei schwangeren Frauen, welche mit Salvarsan behandelt werden, der Harn täglich untersucht werden auf Menge, spez. Gewicht und Eiweiß; ein- bis zweimal wöchentlich ist eine Harnstoff- und Chlorbestimmung auszuführen. Schließlich empfiehlt Verf. noch wärmstens das Neosalvarsan, das keine größeren Gefahren bedingt als das Salvarsan und vom Organismus besser vertragen wird. Da es weniger Arsen enthält als das ursprüngliche Präparat, sind größere Dosen anzuwenden, nämlich $1^{1}/_{2}$mal so große als beim Salvarsan, somit als „Normaldosis" 0,015 pro Kilogramm. *Schmid* (Prag).

Velde, von de, Myoom, retroflexie en zwangerschap. (Myom, Retroflexion und Schwangerschaft.) Ned. Maandschrift voor verlosk. en. vrouwenz. Jg. **2,** Nr. 5, S. 290—295. 1913.

3 Fälle von Komplikation der Schwangerschaft mit Myom + Retroflexion.

Im ersten Fall sitzt das Myom an der vorderen Wand, wird im 4. Monat mit Laparotomie enucleiert, 3 Tage danach Abort. Reaktionsloser Verlauf. Im zweiten Fall Myom im Douglas, Uterus tritt im Verlauf der Schwangerschaft aus dem Becken heraus; spontane Geburt eines lebenden Kindes, nachdem der Tumor bei Beginn der Wehen aus dem Becken durch bimanuelle Handgriffe nach oben gedrängt ist. Im dritten Fall Komplikation mit peritonitischen Symptomen, das von der Hinterwand ausgehende Myom im Douglas verwachsen. Am Ende der Schwangerschaft Sectio Caesarea, lebendes Kind. Darauf supravaginale Amputation des myomatösen Uterus nebst Placenta. Glatte Heilung. *Stratz* (den Haag).

Hathcock, A. L., Report of a case of uterine myo-fibromata, accompanied by pregnancy. Presentation of specimen. (Über einen Fall von Myofibrom des schwangeren Uterus.) Texas State journal of med. Bd. 8, Nr. 9, S. 242 bis 243. 1913.

Blutungen und Schmerzen nötigten bei der 36 jährigen, seit 10 Jahren steril verheirateten Primigravida zur Operation im 4. Schwangerschaftsmonate; abdominale Exstirpation des Uterus, der seiner Größe nach dem Ende der Gravidität entsprach, ohne Schwierigkeit. Heilung. *Schmid* (Prag).

Hoeven, P. C. T. van der, Myoomoperaties in de zwangerschap. (Myomoperationen während der Schwangerschaft.) *Leidener Klinik.* Ned. Maandschrift voor verlosk. en vrouwenz. Jg. 2, Nr. 5, S. 285—289. 1913.

Kurze Betrachtungen über die operative Behandlung myomatöser Schwangerer, mit eingestreuten Krankengeschichten und Besprechung der wichtigsten einschlägigen Literatur. Verf. berichtet von drei eigenen Fällen, in denen die Schwangerschaft durch die Myomenucleation nicht unterbrochen wurde, und wobei jedesmal ein lebendes Kind erzielt wurde. Im allgemeinen hält er die Prognose für sehr günstig, sowohl für die Mutter wie für das Kind. *Stratz* (den Haag).

Geburt:

● **Werboff, J., Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreißungen während der Geburt.** Berlin, Karger. 1913. 149 S., 10 Taf. M. 6.—.

In dieser sehr anregend geschriebenen, aus der Petersburger Universitätsklinik hervorgegangenen Monographie sucht Verf. unter Aufstellung eines allgemein gültigen Gesetzes für die Physiologie aller mit glatter Muskulatur ausgestatteten Hohlorgane des menschlichen Körpers, nämlich des Gesetzes der peristaltischen, d. h. auf einer alternierenden Tätigkeit der Längs- und Kreismuskulatur beruhenden Bewegung nachzuweisen, daß unsere bisherigen Anschauungen sowohl über die physiologische Arbeit des Uterus im graviden und puerperalen Zustand, wie auch über die die Uterusruptur bedingenden pathologischen Verhältnisse falsch sind. Entgegen der Bandlschen, im ersten Kapitel eingehend kritisierten Theorie von der Überdehnung eines an und für sich gesunden unteren Uterussegmentes als Ursache der Ruptur, sucht Verf. die Ursache in einer entweder in früheren schweren Geburten vorbereiteten oder akut in erster Geburt entstandenen Brüchigkeit des Uterusgewebes, deren mikroskopischer Nachweis allerdings mit unseren jetzigen Hilfsmitteln nicht gelingt. Hand in Hand mit dieser Brüchigkeit geht eine funktionelle Schwäche der Uterusmuskulatur einher und je nach der Kombination dieser zwei pathologischen Eigenschaften gestalten sich die verschiedenen (nach Eintritt, Ort und Art) klinischen Bilder der Uterusrupturen, für die es nach Verf. Theorie keine Prophylaxe gibt, da unsere bisherigen Symptome der „drohenden" für ihn schon Symptome der „beginnenden" Ruptur sind. Im zweiten Kapitel erfährt die anatomische Voraussetzung der Bandlschen Lehre, die Lehre vom passiven Uterinsegment eine eingehende Widerlegung und unter Anwendung seines Gesetzes der peristaltischen Bewegung sucht Verf. hier alle unter der Geburt und in der Nachgeburtszeit vor sich gehenden Arbeitsleistungen des Uterus, wie auch die hierdurch bedingten Formveränderungen des Uterus gesetzmäßig zu erklären. Er unterscheidet hier die Tätigkeit der Längsmuskulatur bis zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes und die Tätigkeit der Kreismuskulatur, die unter Beihilfe der Bauch- oder wie Verf. eingehend begründet Bauch-Brustpresse dann

die eigentliche Austreibung des Kindes bedingt. Denn bei dem antagonistischen Verhalten der Bauchmuskeln und des Zwerchfells ist der obere Stützpunkt für den sich kontrahierenden Uterus in der Austreibungszeit in den Lungen selbst zu suchen und deren Kontraktion und damit einhergehende Gestaltsveränderung nach dem Gesetz der peristaltischen Bewegung daher der Ausgangspunkt der Preßwehe, d. h. der Kontraktion aller die Bauch-Brusthöhle einschließenden Muskeln, wobei eine besondere Bedeutung als vorderer Stützpunkt für den sich kontrahierenden Uterus den Bauchmuskeln zukommt. Unter Hinweis auf die aus einer Insuffizienz dieser Muskeln sich ergebenden Störungen der eigentlichen Preßwehen, die die Kreißende durch die individuell so verschieden gestalteten Haltungen bei der Preßwehe auszugleichen sucht, empfiehlt Verf. nach den günstigen Resultaten in 123 Geburten warm diese Insuffizienz durch eine in der Austreibungszeit anzulegende und bei jeder Wehe eventuell von der Kreißenden selbst zusammenzuschnürende Binde auszugleichen, deren Anwendbarkeit Verf. aber von den subjektiven Empfindungen der Kreißenden selbst bestimmen lassen will, da z. B. beim eigentlichen Hängeleib durch die starke Dehnung der verkürzten vorderen Uteruswand ihre Anwendung zu schmerzhaft und daher kontraindiziert ist. Mit einer Widerlegung der Bandlschen Lehre von der Verdünnung des unteren Uterinsegmentes nach den Abbildungen der Bandlschen Arbeit selbst, sowie nach den Sektionsprotokollen in 4 eigenen Rupturfällen schließt Verf. seine Arbeit, die, wenn sie auch in manchen Punkten zurzeit noch eines exakten Beweises ermangelt, doch mit ihrer einheitlichen, physiologischen Erklärung der Geburtstätigkeit uns leichter eventuell eintretende Störungen ursächlich erkennen und behandeln hilft und für manche noch strittigen Fragen, wie u. a. die medikamentöse Beeinflussung der Geburtsarbeit, sehr anregend wirken wird. Die nach Verf. Angaben verfertigte sterilisierbare Binde wird von Reiniger, Gebbert und Schall in den Handel gebracht. *Vaßmer* (Hannover).

Ambrosini, Filippo, Note sulla gravidanza trigemina. (Über Drillingsschwangerschaft.) (*Istit. ostetr.-ginecol. di perfezion., Milano.*) Arte ostetr. 27, S. 81—89 u. 101—108. 1913.

Bericht über 4 Fälle von Mehrgebärenden zwischen dem 28.—35. Lebensjahr. Bei allen Molimina graviditatis in Form von Leibschmerzen, Bauchdeckenspannung, Dyspnöe, Dysurie. Eine Diagnose auf Drillinge wurde nie gestellt, nur einmal wurden Zwillinge vermutet. Die Drillingsgeburten erfolgten je im 7. und im 9., 2 mal im 8. Monat der Schwangerschaft. Im ganzen sind 6 Kinder am Leben geblieben, von einer Mutter alle 3. Es handelte sich in 2 Fällen um zweieiige, einmal um dreieiige, einmal um eineiige Früchte. Letztere waren monochoriate, triamniate Mehrlinge von gleichem Geschlecht. *Colombino* (Mailand).

Guggenheim, M., Beitrag zur Kenntnis der Wirkung von Hypophysenextrakten (Pituglandol). (*Wiss. Laborat. F. Hoffmann-La Roche & Co., Grenzach u. Basel.*) **Med. Klinik Jg. 9, Nr. 19, S. 755—756. 1913.**

Die ab und zu beobachteten Versager der Pituglandolwirkung, die von den Beobachtern verschieden erklärt werden, sucht Verf. durch Tierexperimente klarzulegen, weil chemische Durchprüfung dieser Frage, da die Träger der Hypophysenextrakte nicht bekannt sind, kaum möglich wären. Nach Verf.s Ansicht liegen eine Anzahl von wirksamen Prinzipien vor, die der Gruppe proteinogener Amine angehören. Von einzelnen Substanzen dieser Körpergruppe ist bekannt, daß ihre Wirksamkeit von Versuchsbedingungen abhängig ist. Guggenheim glaubt annehmen zu können, daß auch die klinisch festgestellten Beobachtungen Unterschiede in der Wirksamkeit von Pituglandol durch individuelle Unterschiede des Versuchsorganismus bedingt seien. Bei Kaninchen (mit Urethan narkotisierten) wurde die Pituglandolwirkung an den charakteristischen Respirations- und Blutdruckkurven — eine Tafel mit 10 Abbildungen liegt bei — studiert und es wurde gefunden, daß unter normalen Tieren eine größere Zahl von solchen, die gegen Hypophysenextrakte verschiedene Phasen von Immunität besitzen, existiert. Es sei nun möglich, daß diese Immunitätserscheinungen den wenigen Versagern in der gynaekologischen Praxis entsprechen. *Torggler.*

Hoytema, D. G. von, Pituitrine in de verloskundige praktyk. (Pituitrin in der geburtshilflichen Praxis.) Ned. Maandscharift voor verlosk. en vrouwenz. Jg. 2, Nr. 5, S. 296—308. 1913.

Verf. hat aus der eigenen Privatpraxis und der von Kollegen 88 Fälle gesammelt, in denen Pituitrin verabreicht wurde. 11 davon sind Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Bei den übrigen 77 wurde Pituitrin als wehenerregendes Mittel gegeben, 4mal ohne, 3mal mit zweifelhaftem Erfolg, in 10 Fällen war nur mäßige, in 56 Fällen deutliche Wehenverstärkung nachweisbar; in sieben Fällen sind „starke Wehen" verzeichnet. Von den 77 Kindern waren 10 leicht asphyktisch, 7 tot, wovon 3 vor der Geburt abgestorben. *Stratz.*

Rudaux, P., De la dystocie utérine. (Uterine Geburtsstörungen.) Clinique (Paris) 8, S. 218—219. 1913.

Verf. will unter dieser Störung eine tetanische Kontraktion der Uterusmuskulatur verstanden wissen, die den Foetus umklammert und ihn am Tiefersteigen hindert. Es folgen elementare Erklärungen über den sog. Bandlschen Ring und die beiden Zonen der Uterusmuskulatur oberhalb der Cervix. Einen Grund für das Auftreten der uterinen Geburtsstörungen sieht Verf. in vorzeitigem Reißen (beabsichtigt oder unbeabsichtigt) der Eihäute. Andere Gründe sind enges Becken, Tumoren des Uterus oder seiner Umgebung, falsche Kindslagen usw. Spontane Geburt ist selten. Sonst ist Zange oder manuelle Extraktion je nach Kindslage indiziert, wenn das Becken genügt. Narkose erleichtert das Vorgehen. Bei gröberen Hindernissen von seiten der Mutter oder des Kindes Kaiserschnitt. Warnung vor der Wendung. Bei totem Kind Kephalotrypsie oder Embryotomie. *Flatau* (Nürnberg).

Herz, Emanuel, Ein Fall von Uterusruptur nach Pituitrin. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 20, S. 720—723. 1913.

Nach Injektion von 1 ccm Pituitrin bei dreimarkstückgroßem Muttermund und Wehenschwäche alsbaldiges Einsetzen von Wehen, die nach 20 Minuten tetanischen Charakter annehmen. 1 Stunde nach der Injektion besonders starke tetanische Wehe, dabei plötzlicher Kollaps unter Aufschreien, Spontangeburt eines schwer asphyktischen Kindes. Nach Geburt der Placenta Blutung: Querer Riß im unteren Uterinsegment, durch den Kind und Placenta geboren wurden, der aber subserös blieb. Portio ganz hinten gelegen, nur noch hinten mit dem Uterus in Verbindung stehend. Tamponade. Nachwehen: Pantopon. Nach 3 Wochen entlassen.

Es ist ein Fehler, Pituitrin in der Eröffnungsperiode zu geben. Vielleicht bestand Idiosynkrasie. In 47 Fällen wurde häufig — namentlich bei anämischen zarten Frauen — Schwindelgefühl, Ohnmacht, Erbrechen, Ohrensausen, Urindrang mit vermehrter Diurese beobachtet. Der Einfluß auf das Kind war ebenfalls ungünstig. Von anderer Seite wurde Ungünstiges über Pituitrin berichtet: Atonia uteri post part., Asphyxie des Kindes, Kollaps, Ohrensausen, Schwindelgefühl, Verengerung des vorher erweiterten Muttermundes, Tetanus uteri, vorzeitige Placentarlösung. *Ponfick* (Frankfurt a/M.)

Gjestland, G., Store blödninger ved födsel. Hoor stort blodtap taaler et Menneske? (Große Blutungen bei Geburt. Wie große Blutverluste kann der Mensch vertragen?) (*Geburtsh. Univ.-Klin., Kristiania.*) Norsk Magazin for Laegevidenskaben Nr. 5, S. 593. 1913.

Große Blutungen über 2000 g sind in den Jahren 1891—1911 unter 20 628 Geburten 81 mal beobachtet worden, 28 mal bei Erst- und 53 mal bei Mehrgebärenden. Da die letzteren nur 46% der Eingelieferten betrugen, so ist es ohne weiteres ersichtlich, daß Mehrgebärende für große Blutungen besonders disponiert sind. Zunächst kommen große Blutungen nach Zwillingsgeburten und nach operativen Eingriffen vor. In den letzten Jahren von 1906—1911 ist die Blutungshäufigkeit nur 1,9‰ gewesen gegenüber 4,4‰ von 1891—1906, ein Verhältnis, das entschieden zugunsten der jetzt üblichen, konservativen Nachgeburtsbehandlung spricht. Blutungen werden heutzutage übrigens auch durch die manuelle Ausräumung der Gebärmutterhöhle anstelle der früher üblichen bimanuellen Kompression bekämpft. Secalepräparate sind zu entbehren. In drei Gruppen nach Ahlfeld eingeteilt verteilen sich die Blutungen wie folgt: I. Blutungen von 2000—2500 g 67 Fälle = 3,23‰; II. Blutungen von 2500—3000 g 12 Fälle = 0,38‰; III. Blutungen über 3000 g 2 Fälle = 0,09‰. Außerdem

sind noch 5 Fälle tödlicher Blutungen (wiederholt bei Placenta praevia) vorgekommen, ohne daß die Blutmengen notiert worden sind. Die Widerstandsfähigkeit gegen Blutungen ist sehr verschieden, sowohl von der Patientin abhängig, wie von der Art und Weise der Blutung. 1500 g kann schon bedrohlich sein, andrerseits wurden die zwei Blutungen über 3000 g so gut vertragen, daß die beiden Patientinnen nach 15 resp. 27 Tagen bei guter Gesundheit entlassen wurden. Eine einmalige Blutung von ca. 3000 g hält der Verf. für den größten Blutverlust, den eine Kreißende vertragen kann. *Horn* (Kristiania).

Rudaux, P., Hémorrhagie rétro-placentaire. (Retroplacentare Blutung.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 17, S. 260—261. 1913.

Mitunter ein ernstes Ereignis, das ohne nennenswerte Blutung nach außen, fast stets mit Albuminurie verbunden, das klassische Bild der inneren Blutung darbietet. Die Wirkung ist auf Shok zurückzuführen, da der Blutverlust meist gering. Rasche Vergrößerung, holzartige Beschaffenheit des Uterus. Genaue Symptomatologie. Die Geburt muß rasch beendet werden. Prognose für die Mutter dubiös, für das Kind meist letal. Je nach Allgemeinbefinden und Puls verordnet man Ruhe, Injektion mit Äther, Campher, Serum, ev. den Ballon von Champetier mit folgender Extraktion resp. Forceps. Bei Shok, Ödem des Collum und unteren Uterinsegments Kaiserschnitt. Äthernarkose. Sorgfältige Nachbehandlung. *Schiffmann* (Wien).

Froriep, Leop., Zur Inversio uteri. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. **20**, S. 718—720. 1913.

Nach Erwähnung der diesbezüglichen Literatur kommt Verf. auf Grund eines eigenen Falles zur Ansicht, daß eine artefizielle Inversion des Uterus bei atonischer Blutung in seltenen Fällen indiziert sein könne.

5 Wochen ante terminum Abgang von Fruchtwasser. $3^1/_2$ Wochen später heftige Blutung, weshalb der behandelnde Arzt die Vagina tamponierte und die Frau in die Klinik sandte. Nach Entfernung der Tampons keine Blutung mehr. Placenta praevia lateralis. Froriep leitete, um nicht von Blutungen überrascht zu werden, mittels Metreuryse die Geburt ein. Dieselbe verlief ohne Blutverlust jedoch infolge schlechter Wehentätigkeit ziemlich langsam. Das asphyktische Kind wurde bald wieder belebt. Uterus gut kontrahiert, die Ausstoßung der Placenta nach $1^1/_2$ Stunden noch nicht erfolgt. Expressionsversuch erfolglos, daher Versuch der manuellen Lösung der fest adhärenten Placenta. Sofort Erschlaffung des Uterus und profuse Blutung. F. invertierte mittels der fest verwachsenen Placentafetzen den Uterus, worauf die Blutung sofort stand. Vaginale Totalexstirpation der Gebärmutter mit Absetzung am Scheidenrand, Vernähung und Tamponade des Peritoneums. Trotz Kochsalzinfusion und Campher-Ätherinjektionen $^1/_2$ Stunde später Exitus infolge des großen Blutverlustes. Der exstirpierte Uterus wog nur 260 g gegen 750 in der Norm, die Wand war äußerst dünn, seitlich nur 1 cm, im Fundus 5 cm. Die Placentamassen waren stellenweise breit bis zur Serosa vorgedrungen, so daß hier von der Uteruswand nur 1 mm oder gar nichts mehr übrig geblieben war.

Da die abundante Blutung sich sonst nicht stillen ließ, und die fest verwachsene Placenta entfernt werden mußte, sieht Verf. in der künstlichen Inversion des Uterus mit ev. nachfolgender Exstirpation des Uterus das einzige Mittel, in solchen Fällen die Frau vor dem Verblutungstode zu retten. *Nebesky* (Innsbruck).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Lindemann, Walther, Quantitative Gesamtfett-, Cholesterin- und Cholesterinesterbestimmungen bei Eklampsie und Amenorrhoe. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Es wurde das Blut von 7 Eklamptischen auf Fett und Lipoide untersucht. Zur Verwendung kam Armvenenblut, welches meist nach 4—5 Anfällen entnommen werden konnte. Die Fälle waren zum Teil schwerer Natur. Ein Serum war hämolytisch; sie endeten aber nicht letal. Methodik: Mehrmalige Petrolätherextraktion der Alkoholblutfällung, Bestimmung des freien Cholesterins nach Windaus und der Ester nach Verseifung. Kontrolle der Esterbestimmungen nach Bürger und Beumer durch Abzug des freien Cholesterins von der Gesamtverseifung des Extraktes. Ergebnis: Es wurde gefunden: 1. daß die Gesamtfett- und Lipoidmenge bei diesen 7 Fällen im Durchschnitt verringert ist, auch in dem einen Fall, dessen Serum hämolytisch war. 2. Das freie Cholesterin war relativ ziemlich beträchtlich erhöht. 3. Die Ester zeigten keine Ver-

mehrung (alles verglichen mit der hochgraviden Frau). Bei der Amenorrhoe (5 Fälle) waren im Durchschnitt die Fettwerte gegenüber der Norm erhöht, die Esterzahlen schwankten im einzelnen ganz erheblich von niedrigen zu ganz hohen Werten. In einem Falle war keine Vermehrung der Fettkörper, sondern eher eine Verminderung festzustellen. Die Betreffende hatte am Tage vorher eine kurz dauernde Blutung gehabt, nachdem mehrere Monate lang die Menstruation ausgeblieben war. Die Untersuchungen werden fortgesetzt, insbesondere über die Frage, ob bei Eklampsie die Krämpfe einen Einfluß auf den Fett- und Lipoidgehalt des Blutes haben. Autoreferat.

Croom, Sir Halliday, Pseudo-eclampsia, with two illustrative cases. 1. Cerebral tumour; 2. Meningitis. (Pseudo-Eklampsie, erläutert durch zwei Fälle. 1. Gehirntumor. 2. Meningitis.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. empire Bd. **23,** Nr. 4, S. 213—226. 1913.

Es gibt eine Reihe von Fällen, in welchen genau die Erscheinungen der Eklampsie auftreten, und doch handelt es sich nicht um eine wirkliche Eklampsie, sondern um die Vereinigung von Schwangerschaft und Geburt mit anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Verf. berichtet über zwei solche Fälle, welche er als Pseudo-Eklampsie bezeichnet.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 20- bis 25 jährige Patientin, welche zweimal geboren hatte und sich jetzt im 7. Monat der Schwangerschaft befand. Sie erlitt plötzlich einen mit Krämpfen verbundenen Anfall von Bewußtlosigkeit, welcher sich im Krankenhaus mehrfach wiederholte. Alle sonstigen Zeichen einer Eklampsie, wie z. B. Albuminurie, fehlen. Trotz Anwendung aller denkbaren Mittel verstarb Patientin am folgenden Tage. Bei der Sektion fand sich ein ziemlich großer Tumor im linken Parietallappen, welcher bis dicht unter die Hirnoberfläche reichte. Der Tumor ist ein Cholesteatom nach Müller, resp. ein Perlmuttertumor nach Cruvelhier und Virchow. 2. Fall. Eine 16 jährige Primipara wurde spontan entbunden. Am nächsten Tage stellten sich eklamptische Krämpfe ein, welche aller Behandlung trotzten. Auch eine Lumbalpunktion war erfolglos. Die auf diese Weise erlangte Lumbalflüssigkeit enthielt Streptokokken und lange schlanke Bacillen. Unter Zunahme aller Krankheitserscheinungen, auch des schon bestehenden Fiebers, stirbt Patientin. Bei der Sektion findet sich Appendicitis, Tuberkulose der linken Lungenspitze, diffuse Rötung der ganzen Hirnhaut, Hirnödem. Später wird mikroskopisch noch Tuberkulose der Hirnhaut nachgewiesen.

In der Arbeit werden beide Fälle noch kritisch beleuchtet, und weitere Arbeiten aus der Literatur zitiert, so von Commandeur, Ahlfeld usw. *Siefart.*

Weber, F., Über die Gefahren der Tamponade. (*Univ. Frauenklin., München.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Um zu ermitteln, inwieweit unsere heutigen Anschauungen über die in einer Tamponade liegenden Infektionsgefahren sich mit den Resultaten einer vorurteilsfreien bakteriologischen Prüfung decken, wurden nahezu 650 Tamponaden verimpft. Hauptaugenmerk wurde bei diesen Untersuchungen auf die verschieden lange währende Liegedauer der Tamponade gerichtet. Als Resultat ergab sich, daß nach 6—7 stündiger Liegedauer keine einzige Tamponade mehr vollkommen steril war und daß der Keimgehalt in der Regel mit der längeren Liegezeit wuchs; ebenso zeigten die mehrfach wiederholten Tamponaden ein erheblich vermehrtes Keimwachstum. Daß die Asepsis bei der Tamponade im Privathause niemals ganz exakt gehandhabt werden kann, erwiesen die Fälle, bei denen die Tamponade bereits außerhalb der Klinik zur Ausführung gekommen war; in allen ohne Ausnahme erreichte hier der Keimgehalt die höchsten Grade. Am ungünstigsten endlich liegen solche Fälle, bei denen die Uterushöhle schon vor Ausführung der Tamponade infiziert ist; eine Verminderung des Keimgehaltes im Uterusinnern durch die bactericide Wirkung der Tamponade konnte nur dann beobachtet werden, wenn die antiseptische Gaze zur Verstärkung ihrer bactericiden Kraft mit 20% sterilem Campheröl oder mit 5% Perhydrol getränkt war. Bei den Tamponaden waren die verschiedenen im Handel befindlichen antiseptischen Gazesorten zur Anwendung gekommen; ein nennenswerter Unterschied hinsichtlich ihrer bactericiden Kraft ließ sich nicht erkennen. Aus diesen Untersuchungen ergibt sich, daß die allerdings für eine Reihe von Fällen unentbehrliche Uterovaginaltamponade keinen harmlosen Eingriff darstellt, daß vielmehr stets die Gefahr der Infektion droht. Um dieser aber möglichst

vorzubeugen, ist es dringend geboten, eine Tamponade niemals länger als 6 Stunden im Uterusinnern zu belassen und, wenn irgend möglich, von wiederholten Tamponaden Abstand zu nehmen. Autoreferat.

Snoo, K. de, Eene nieuwe methode tot ontwikkeling von het nakomende hoofd. (Eine neue Methode zur Extraktion des nachfolgenden Kopfes.) Sitzungsber. d. Niederl. Gynaekol. Ges. 13. April 1913.

Nachdem der Rumpf entwickelt und die Arme gelöst sind, wird das Kind so gelegt, daß es auf dem Arm des Geburtshelfers reitet. Dessen eine Hand umfaßt gabelförmig von der Bauchseite her die Schultern des Kindes und zieht, während seine andere Hand über der Symphyse von den Bauchdecken aus auf den Kopf drückt. Verf. hat diese Methode seit 2 Jahren in 188 Fällen angewendet und findet, daß die Erfolge besser als mit den bisher üblichen Methoden waren. Die Mortalität der Kinder sank bei Beckenendlagen von 42% bis 37% in den Jahren 1907 bis 1910 an der Rotterdammer Hebammenschule, seit der neue Handgriff angewendet wurde, auf 21,5% im Jahre 1911 und auf 12,5% im Jahre 1912.

In der Diskussion bemerkt Kouwer, daß man wohl nicht von einer „neuen Methode" sprechen kann. Den Druck von oben auf den Kopf wenden wir alle in schwierigen Fällen an, und prinzipiell besteht kein Unterschied darin, ob der Geburtshelfer selbst mit einer Hand diesen Druck ausübt, oder von einem Assistenten drücken läßt. Außerdem aber sind die von de Snoo gegebenen Zahlen zu klein, um daraus allgemein gültige Schlüsse zu ziehen.
Stratz (den Haag).

Wochenbett:

Fedde, B. A., The management of the puerperium and its minor abnormalities. (Die Leitung des Wochenbettes und seine leichteren Störungen.) Med. record Bd. **83**, Nr. 17, S. 752—755. 1913.

Ausbildung und Einsicht der meist alten Hebammen und Wochenbettwärterinnen sehr oft ungenügend. Autor gibt denselben gedrucktes Schema über Pflege und Hygiene von Mutter und Kind. Am 12. Wochenbettag innere Untersuchung. Gegen Harnverhaltung heiße Umschläge, Alleinlassen der Wöchnerin, Morphium $^{1}/_{16}$ g. Zur Fixierung großer Brüste Handtuchbandage. Hygiene der Brustwarzen! Gegen Fissuren derselben Argent. nitr. 10%, dann 2%. Gegen Anschwellung der Brüste feste Bandage, Absaugen, Abführmittel, Massage. Bei mißfarbigen Lochien Spülung, Jodtinkturlösung. Überwachung des Standes des Fundus. Autor empfiehlt Fowlersche (aufrechte) Lagerung der Wöchnerin, damit nicht die Cervix ununterbrochen in den Lochiensee im hinteren Scheidengewölbe taucht. Warnung vor der übertriebenen Angst vor Sepsis, die manchmal andere schwere Symptome nicht bemerken läßt.
Mohr (Berlin).

Miller, C. Jeff, The surgical treatment of puerperal infection. (Die chirurgische Behandlung der puerperalen Infektion.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 8, S. 594—601. 1913.

Liegt im Uterus die Ursache der Temperatursteigerung, so dilatiere man die Cervix und entleere das Cavum digital nach reichlicher Spülung mit steriler Kochsalzlösung. Bei Anwesenheit von hämolytischen Streptokokken geben nur Blutungen eine Indikation zur lokalen Behandlung ab. Bei gonorrhoischer Endometritis im Puerperium sind lokale Maßnahmen contraindiziert. Sind lokalisierte Eiteransammlungen im Douglas durch das hintere Scheidengewölbe leicht erreichbar, so inzidiere und drainiere man; bei beweglichen Pyosalpinx- und Pyovariumtumoren ist der abdominale Weg wohl der ungefährlichere. Parametritis mit ausgedehntem Exsudat geht meist spontan zurück; häufig nützt man durch die Incision, wenn auch kein Eiter gefunden wurde. Durch die Kolpotomie und Drainage läßt sich manchmal eine beginnende Peritonitis lokalisieren. Lautet die Diagnose auf akute allgemeine Peritonitis, so empfiehlt sich, wenn nicht mehr als 3 Tage verflossen sind, die Drainage des Peritoneums nach Bumm. Die Hysterektomie ist indiziert in allen Fällen von

Absceßbildung in der Uteruswand und bei putriden Endometritiden, welche auf andere Behandlungsmethoden nicht reagieren. Die Unterbindung der septisch thrombosirten Venen ist so bald als möglich nach der Stellung der Diagnose auszuführen. Verf. betont, daß die Indikationsstellung für die größeren chirurgischen Eingriffe bei puerperaler Infektion sehr leidet unter der noch immer bestehenden Umöglichkeit, eine genaue Diagnose und Prognose des jeweiligen Falles stellen zu können; hat man sich aber zur Operation entschlossen, so führe man dieselbe möglichst bald aus. *Hall.*

Bovis, R. de, La dilatation aiguë de l'estomac chez les parturientes et les nouvelles accouchées. (Die akute Magendilatation bei Gebärenden und Frischentbundenen.) Sem. méd. **33,** S. 169—170. 1913.

Während die akute Magendilatation nach chirurgischen Eingriffen kein so sehr seltenes Ereignis mehr darstellt, ist sie nach der Geburt und im Frühwochenbett nur in seltenen (15 bisher veröffentlichten) Fällen beobachtet worden. Je nach der Pathogenese teilt Verf. diese Fälle in 3 Gruppen ein. Zur ersten rechnet er die idiopathischen oder eigentlich geburtshilflichen Fälle, d. h. Fälle ohne vorausgegangene gastro-intestinale Störungen, ohne oder mit sehr geringem Gebrauch eines Anästheticums sub partu; (als prädisponierende Momente fand Verf. hier lange und schmerzhafte Geburten und Eklampsie angegeben). Verf. erblickt das ursächliche Moment der Schwangerschaft oder Entbindung für das Auftreten der Dilatation einmal in ihrer konstitutionellen Schädigung: Blutverlust, Intoxikationen, Eklampsie, Infektionen, wodurch auch eine Schwächung der Magenwände hervorgerufen wird, sodann aber in einer rein mechanischen Störung, indem mit der raschen Entleerung des Uterus die Ptoseerscheinungen verstärkt auftreten und durch Zug am Mesenterialstiel ein Duodenalverschluß hervorgerufen werden könne. In einem Fall von engem Becken und Steißlage soll der Kopf eine Kompression des Jejunum oder Duodenum bewirkt haben. Schließlich soll in diesen Fällen, in denen die Dilatation öfter nur durch Gasansammlung bedingt war, eine abnorme Aerophagie mitgewirkt haben. Zur zweiten Gruppe rechnet Verf. die Fälle, in denen langdauernde Narkosen und größere chirurgische Eingriffe (Kaiserschnitt) voraufgingen. Wenn hier zurzeit auch schwer festzustellen ist, wie weit diese Fälle als „reinchirurgische" oder als „geburtshilfliche" Dilatationen zu deuten sind, so soll man sich doch der „geburtshilflichen" Prädispositionen erinnern und ev. dyspeptische Erscheinungen ernster beurteilen. Zur dritten Gruppe schließlich zählt Verf. die Fälle, bei denen es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen von Schwangerschaft bzw. Geburt und Dilatation handelt, wie in einem Fall von ulcus ventriculi mit Perforation und Darmverschluß und in einem weiteren von Kaiserschnitt im kachektischen Zustand bei Uteruscarcinom. Dieser letzte Fall ist der eine von den vom Verf. beobachteten Fällen, in einem zweiten erblickte Verf. in dem durch Placenta praevia bedingten Blutverlust das prädisponierende Moment. Die Mortalität in den bisher veröffentlichten 17 Fällen betrug nach Abzug von 3 Fällen (Tod durch Perforation des Magenulcus, an Verblutung und Krebskachexie) noch 3 auf 14 Fälle. Die Therapie unterscheidet sich nicht von der bei der „chirurgischen" Form erprobten Bauchlage, Magensonde und Magenspülung. *Vaßmer* (Hannover).

Foetus und Neugeborenes:

Balard, P., Le pouls et la tension artérielle de l'enfant et du nouveau-né. (Der Puls und die arterielle Spannung des Kindes und des Neugeborenen.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 52, S. 837—841. 1913.

Diese Frage wurde erst in den letzten Jahren studiert wegen Mangels sehr empfindlicher Instrumente. Nach Verf. soll man den sphygmomanometrischen Oscillometer nicht am Vorderarm, sondern am Oberarm der Kinder anbringen. So erlangt man richtige Resultate. Er zeigt, daß in der ersten Minute nach der Geburt die Zahl der Pulsationen immer geringer als im intrauterinen Leben ist. Von 150 Pulsschlägen sinkt er zwischen der 5. und 12. Stunde ungefähr bis zu 100 herab. Schon am 2. Tage

erhöht er sich wieder zu 150. Die Abnahme der Pulsfrequenz geht parallel mit der Verminderung der Temperatur, die man immer nach der Geburt beobachtet. Dagegen bleibt der arterielle Druck unverändert. Der minimale Druck ist ca. 35 mm Hg; der maximale 55 mm Hg. Es ist nicht möglich, die Veränderungen der Spannung während der Verdauung und der Atmung zu messen. Während der Mahlzeit steigt die Frequenz des Pulses um 15—20 Schläge; im Wachzustand um 6—8. Die minimale Spannung bleibt ungefähr konstant. Dagegen steigt die maximale bei der Mahlzeit und im Wachzustande stets (15 mm Hg). Diese Resultate zeigen, wie sensibel die arterielle Spannung der Säuglinge ist. Sehr interessant wäre ihr Studium bei pathologischen Zuständen.

R. Chapuis (Genf).

Waldron, Louis V., Milk stations or infant mortality. (Milchstationen oder Kindersterblichkeit.) Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 4, S. 279—284. 1913.

Eine Milchstation der Großstadt erfordert: Fähige Hausmutter für die gesunden Kinder, eine Schwester für die kranken, die deren Eltern zu Hygiene anleitet. Getty fand eine erhebliche Verminderung der Säuglingskrankheiten infolge jenes Systems in Yonkers. Jetzt stehen dort die Stationen auch unter ärztlicher Aufsicht, die Schwestern pflegen schwerer erkrankte Kinder auch in den Familien, lehren die Mütter auch selbst pasteurisierte Milch herstellen. Zu betonen ist regelmäßiges Wiegen. Die Unterhaltung von 2 Milchstationen mit Laboratorium kostete für die 4 Sommermonate 2214,97 Dollar. *Mohr* (Berlin).

Doughtie, Chas. W., Asphyxia neonatorum. (Die Asphyxia neonatorum.) Virginia med. semi-month. Bd. **18**, Nr. 2, S. 33—38. 1913.

Nach eingehender Besprechung der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Prognose, Symptomatologie und den üblichen Behandlungsmethoden der Asphyxia neonatorum empfiehlt Verf. aus wärmste seine Methode der Insufflation von Mund zu Mund zur Wiederbelebung der Kinder mit Asphyxie schwersten Grades. Er beschreibt seine Methode wie folgt:

Keine Zeit mit den anderen Methoden verlieren; das Kind an den Füßen in die Höhe halten und das Blut und den Schleim aus Mund und Schlund wischen; in ein warmes Tuch wickeln und auf den Rücken legen. Mit einem dünnen Tuch oder einigen Lagen Gaze das ganze Gesicht des Kindes bedecken und tief und langsam durch das Tuch hindurch in den Mund des Kindes atmen, bis dessen Lungen gefüllt sind; dabei wird Blut und Schleim durch die Nase des Kindes hinausgedrückt, aber durch das Tuch aufgefangen, ohne den Arzt zu beschmutzen; dann das Tuch verschieben, um eine reine Stelle zu bekommen und die Prozedur wiederholen, bis die Respiration sich einstellt und man zu einer einfacheren Methode übergehen kann. Die Insufflation sollte etwa 12—15 mal in der Minute gemacht werden; bei der nötigen Vorsicht ist wenig oder keine Gefahr vorhanden, die Lungenbläschen zu zerreißen.

Verf. erklärt die guten Erfolge dieser Art von Insufflation durch mechanische und chemische Wirkungen. Durch den Druck in den Lungen werden die Flüssigkeiten hinausbefördert; es entsteht ein direkter Druck auf das Herz, wodurch das Blut langsam in die Arterien entleert und beim Nachlassen des Druckes das Blut aus den Venen angesaugt wird. Durch jede Insufflation wird nicht nur das Blut langsam in Bewegung gesetzt, sondern es findet auch eine Abnahme der Kohlensäure im Blut des Kindes statt, infolge der Substitution desselben durch Sauerstoff aus der Atemluft des Insufflators; dadurch wird das Respirationszentrum zu seiner normalen Funktion (die Auslösung von Atembewegungen) gereizt, während es früher durch den Überschuß an Kohlensäure überreizt und gelähmt wurde. Vorausgesetzt, daß diese Überlegungen richtig sind, so kann durch keine andere Insufflationsmethode ihnen durch eine so ausgiebige Füllung der Lungen Rechnung getragen werden. *Hall.*

Chambrelent, Le salvarsan chez le nouveau-né. (Die Anwendung des Salvarsans beim Neugeborenen.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 4, S. 356—402. 1913.

Die vorliegende Publikation beschäftigt sich mit dem Thema nur in der Art eines Sammelreferates. Eigene Beobachtungen spielen darin keine Rolle. Es werden die in der Literatur zugänglichen Beobachtungen 1. der indirekten Methode — Injektion

der Mutter — 2. der direkten — Injektion des Neugeborenen — zusammengestellt. In Frankreich wird für diese die subcutane Injektion des Neosalvarsans von 10—15 Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht bevorzugt. *J. Voigt* (Göttingen).

Schreiber, Georges, Traitement de la constipation chez le nourrisson. (Behandlung der Verstopfung bei den Säuglingen.) Paris méd. Nr. 23, S. 569—570. 1913.

Ein Säugling ist verstopft, wenn es ihm schwer ist, einen Stuhlgang pro Tag zu haben. Gründe der Verstopfung: zu viel sterilisierte Milch; Verstopfung der Amme selbst; an Butter oder Kasein zu reiche Milch, zu arme Milch, zu schwache Ernährung (Hasenscharte, Rhinitis). Verstopfung verursacht durch Autointoxikation eine wirkliche Enteritis, Blässe, Abmagerung, Ekzema usw. Diätetik: Regelmäßige Nahrung. Bei der Amme Fleisch einschränken, kein Schweinefleisch, kein Zuckergebackenes, keine Gewürze, Wein oder Tee. Sie soll grüne Gemüse, Salat, gekochte Früchte nehmen. — Bei künstlich ernährten Kindern Lactose anstatt Saccharose in der Milch. Therapie: Suppositoria mit Glycerin, Natrium citricum 2% 1 Kaffeelöffel in jeder Flasche, Natr. sulfuric. Klystiere, Magnesia, Sirup. mannae usw. *R. Chapuis* (Genf).

Jansen, Murk, The causation of the condition known as achondroplasia. (Die Ursache des als Achondroplasie bekannten Zustandes.) Journal of anat. a. physiol. Bd. **47**, S. 360—362. 1913.

Die Beobachtung, daß Angehörige von Achondroplasten häufig kongenitale Klumpfüße, Hüftluxationen haben, läßt Jansen annehmen, daß eine Erkrankung des Amnions die Ursache des Zustandes ist, und zwar nimmt er an, daß zwischen der 3. und 6. Fötalwoche erhöhter amniotischer Druck das Wachstum stört. — Gerade der Knorpel braucht besonders gute Ernährungsbedingungen und reagiert am stärksten auf deren Störung. — Die außerordentlich leichte Verletzlichkeit schnellst wachsender Zellgruppen durch Druck ist eine biologische Tatsache, deren Erkenntnis auch manche anderen Phänomene der Pathologie erklärt. *Ernst Schultze* (Berlin).[CH]

Waldeyer, W., Das Skelett eines Scheinzwitters. Sitzungsber. d. kgl. preuß. Akad. d. Wiss. Bd. **20**, S. 368—380. 1913.

Das Skelett eines Falles von Pseudohermaphroditismus femininus externus war in der Hauptsache von weiblichem Gepräge; einzelne Teile (Schulterbreite, Form des Arcus pubis, Stellung der Darmbeinschaufeln, Gestalt des foramen obturatum) erinnern aber auch an den männlichen Typus. An der Wirbelsäule fanden sich zwei Abweichungen vom Normalen, nämlich eine Verschmelzung des 2. und 3. Halswirbels und ein überzähliger 6. Lendenwirbel. *Jaeger* (Leipzig).

Hebammenwesen und -Unterricht:

Meier, Josef, Hebammenausbildung und Säuglingspflege vor 400 Jahren. Blätter f. Säuglingsfürs. **4**, S. 132—141 u. 165—167. 1913.

Im Februar 1913 waren 400 Jahre verflossen, seit Roeßlins Hebammenlehrbuch „Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten“ Zum ersten Male erschien. Als Anhang dazu gab der Frankfurter Stadtarzt (Roeßlin) 1541 ein gereimtes kleines Büchlein über Kinderpflege heraus mit zahlreichen Holzschnitten. Aus diesem Schriftchen druckt Verf. einige Abschnitte im Originaltexte ab, da er dies Werk als einen Vorläufer unserer heutigen populären Schriften und Flugblätter über Pflege und Ernährung der Säuglinge ansieht. *Wegscheider* (Berlin).

Rühle, Walter, Die Organisation der Hebammenlehranstalten. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. **4**, H. 2, S. 163—235. 1913.

Ausführliches Referat über Einrichtung und inneren Betrieb von Hebammenlehranstalten, über die Ausbildung der Hebammen und Prüfungsordnung; zu kurzem Referat nicht geeignet. Besonders hervorzuheben sind die Thesen: Die Ausbildungszeit der Hebammenschülerin soll 1 Jahr dauern. Ausbildungszeiten von 5—6 Monaten sind gemeingefährlich. Eine Entbindungszahl unter 15 Geburten genügt nicht zur Ausbildung. Die Vereinigung von Universitätsfrauenkliniken mit Hebammenlehranstalten

ist unzweckmäßig und muß entschieden bekämpft werden; nur in eigens zum Zweck der Ausbildung von Hebammen organisierten Provinzialhebammenanstalten kann ein tüchtiger Hebammenstand erzogen werden. *D. Grünbaum* (Nürnberg).

Freund, Hermann, Organisation der Hebammenschulen. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. **4**, H. 2, S. 141—162. 1913.

In den Vorschlägen, die Verf. über die Organisation der Hebammenschulen macht, fordert er selbständige, größere, gut ausgestattete, von den Universitätskliniken abgetrennte Hebammenschulen. Dazu ist ein Bau nötig, der die erforderliche Anzahl von Schülerinnen, Fortbildungsschülerinnen, Lernpflegerinnen und das Lehrpersonal bequem aufnehmen kann und in dem Räume für eine größere Anzahl Hausschwangerer vorhanden sind, so daß wenigstens 20 Geburten auf die einzelne Hebammenschülerin kommen. Neugeborene und Wöchnerinnen sind räumlich voneinander zu trennen, und eine eigene Säuglingsabteilung für die Ausbildung der Schülerinnen in der Kinderernährung und Kinderpflege ist einzurichten. Desgleichen eine gynaekologische Abteilung mit Operationssaal, Poliklinik und Isolierstation. Die Lehrabteilung braucht: Hörsaal, Arbeitssaal, Bibliothek, Laboratorium und Sammlung. Die Ausbildungszeit der Hebammenschülerinnen ist auf mindestens 9 Monate zu bemessen und womöglich ist eine „praktische Zeit" von 6 Wochen Dauer anzuschließen. Der Unterricht umfaßt die vorgeschriebene geburtshilfliche Ausbildung einschließlich poliklinischer Betätigung, die Pflege gesunder Säuglinge und Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, wichtige Kapitel aus der Frauenheilkunde und Krankenpflege. Der gesamte Unterricht wird vom Anstaltsdirektor erteilt, Wiederholungen von seinem Stellvertreter. Die Auswahl der Schülerinnen fällt dem Hebammenlehrer zu. Die Schlußprüfung unter Vorsitz eines Regierungsvertreters wird von diesem und zwei Hebammenlehrern abgehalten. Auf die Ergebnisse des praktischen Examensabschnittes ist dabei entscheidendes Gewicht zu legen. *Jaeger* (Leipzig).

Poten, W. A., Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Thesen. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. d. In- u. Auslandes Bd. **4**, H. 2, S. 100. 1913.

Die ungenügende Fortbildung und Leistungsfähigkeit unserer Hebammen hat ihren Grund in der mangelhaften Vorbildung der Hebammenschülerinnen. Wiederholungskurse können die Mängel der ersten Ausbildung nur in beschränktem Maße beseitigen. Als Fortbildungsmittel auf bestimmten Gebieten (Desinfektionslehre, Säuglingsfürsorge usw.) sind sie nützlich, als einfache Repetitionskurse ohne erheblichen Wert. Dauer der Kurse von 3—4 Wochen, ihre Wiederkehr nach 5—10jähriger Pause wünschenswert. Heranziehung sämtlicher Hebammen, ausschließlich der höheren Altersklassen, anzustreben. Die Kurse sollen für die Teilnehmerinnen kostenlos sein, auch soll eine Entschädigung für besondere Aufwendungen (Tagegelder) gewährt werden. *Sieber.*

Ahlfeld, F., Die Händedesinfektion in den verschiedenen Ausgaben des preußischen Hebammen-Lehrbuches. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 9, S. 346—353. 1913.

Im Laufe von 25 Jahren (1888—1912) sind 7 Verordnungen über Händedesinfektion für Hebammen in Preußen erlassen mit sechsmaliger Veränderung des Verfahrens; Karbolöl, Karbolsäure, Lysol, Sublimat, Alkohol, Kresolseife wechselten sich ab; eine definitive Desinfektionsvorschrift fehlt noch, die Ahlfeld noch erhofft, in der der Alkohol zu seinem Rechte kommt. Unter Hinweis auf seine früheren Arbeiten setzt A. auseinander, welche Bedenken er gegen die folgenden 4 Punkte des neuen Preuß. Hebammenlehrbuchs von 1912 hat: 1. Verwendung von nur 70% Alkohol. 2. Nachfolgende Kresolseifenwaschung mit $1^1/_2$ proz. Lösung. 3. Die Vorschrift, den Alkohol mit einem Wattebausch der Hand aufzubringen (was A. für nicht ausreichend, nicht energisch genug hält). 4. Die Benutzung des mit Pyridin denaturierten Brennspiritus. A. empfiehlt, einen „Ärztespiritus" herzustellen, bestehend aus 90—95% Alkohol mit 5% Sapo kalinus, der ungenießbar, angenehm schlüpfrig, gut verdünnbar und billig wäre. „Damit wäre ein einziges und einheitliches Desinfektionsmittel gegeben." *Wegscheider* (Berlin).

Grenzgebiete.

Neurologie und Psychiatrie:

Schockaert, R., Psychopathies d'origine génitale. (Psychische Störungen infolge von Genitalveränderungen.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 10, S. 263—277. 1913.

Vier eigne neue Fälle, bei denen psychische Störungen durch Behandlung von Genitalerkrankungen geheilt wurden.

1. 27 jährige Patientin, bisher gesund, aus normaler Familie, wird melancholisch: Verfolgungsideen, Suicidabsichten. Schockaert findet Retroversio-flexio uteri; Operation nach Alquié-Alexander; nach 2 Monaten gesund. 2. 18 jährige Patientin. Schmerzen, Dyspepsie, Globus hystericus, Fluor albus, dann melancholisch, Suicidabsichten, Verfolgungsideen; Retroversio-flexio uteri. — Alquie - Alexander; nach 2 Wochen völlig geheilt, $1/2$ Jahr später geheiratet, normal geboren, gesund geblieben. 3. 17 jährige Patientin. Überarbeitet, traurig, schlafsüchtig; schlecht behandelt; Erregungszustände mit Delirien; lange erfolglose Behandlung, zum Teil in Irrenanstalt — dann Retroversio uteri completa festgestellt, Collum stark hyperämisch: Curettage, Alexandersche Operation. Allmähliche Heilung in 5 Monaten. 4. Ältere Patientin. 3 Geburten; Obstipation, Rücken- und Unterleibsschmerzen, Dysmenorrhöen; traurig, mutlos, völliger Mutismus, Vernachlässigung ihrer Pflichten, Suicidideen. Gynaekologisch: Collum geschwollen, Erosionen, starke Sekretion, Uterus leicht vergrößert, sog. Parametritis posterior. Jodätzung, Stauungsbehandlung, Massage, Thigenol, Belladonna, heiße Spülungen; gänzlich psychische Heilung.

Sch. zieht hieraus den Schluß, daß Genitalerkrankungen erheblichen Einfluß auf die Psyche haben, also auch deren Heilung, und glaubt, daß die Irrititation des Zentralnervensystems auf dem Wege des sympathischen Systems geschieht; eine Parallelle zu den Krämpfen des Kindes beim Zahnen. *Happich* (St. Blasien).

Soziales. Statistik:

Würtz, Jahresbericht des Zentralvereins für Säuglings- und Mütterfürsorge zu Straßburg (Säuglingsheilstätte und Mütterheim) für das Jahr 1912. Straßburg. med. Zeit. Jg. **10**, H. 5, S. 125—126. 1913.

Aus dem Bericht geht hervor, daß der Verein im vergangenen Jahre eine segensreiche Tätigkeit entfaltet hat, indem er 5 Säuglingspflegerinnen ausgebildet, 28 Mütter mit ihren Kindern, jeweils durchschnittlich 4 Wochen hindurch, aufgenommen und für die Pflege und Behandlung von Säuglingen gesorgt hat. Der Wirkungskreis des Vereins wird jedoch noch eine erhebliche Ausdehnung gewinnen, sobald das Institut, dessen Bau rüstig vorwärtsschreitet, fertiggestellt sein wird. *Fischer* (Karlsruhe).

Langstein, Leo, Weibliche Schuljugend und Säuglingsschutz. Vorwort zum Bericht über die Mitarbeit der weiblichen Schuljugend im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit in New York von Eugen Borchardt. Erg.-H. d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **1**, H. 4, S. 223—225. 1913.

Langsteins Idee war es, Schulmädchen in den Fragen über Kleidung, Bettung und Körperpflege der Säuglinge zu unterrichten. Auf seine Anregung hin ist Borchardt nach Amerika gefahren, um die dort bereits in diesem Sinne großzügig eingeleitete Aktion zu studieren. In New York ist die Idee direkt aus der Praxis hervorgegangen und hat dort bereits sehr viel Anklang gefunden. *Kermauner* (Wien).

Henkel, M., Säuglingsfürsorge und Waisenpflegerinnen. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. **4**, H. 7, S. 195—203. 1913.

Verf. tritt für eine ausgedehntere Säuglingsfürsorge, besonders der unehelichen Säuglinge durch städtisch angestellte Waisenpflegerinnen ein, die in enger Fühlung mit den Hebammen, dem Verein für Mutterschutz, der Armenpflege usw. stehen sollen. Durch sorgfältige Überwachung könnte die Sterblichkeitsziffer der unehelichen Kinder herabgesetzt werden. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Pinard, A., et A. Magnan, Recherches sur la sexualité dans les naissances. (Untersuchungen über das Geschlecht bei der Geburt.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156**, Nr. 18, S. 1396—1399. 1913.

In Frankreich verhielt sich unter einer klinischen Statistik von 42 183 Geburten

die Zahl der männlichen Kinder zu den weiblichen wie 102 : 100, und wenn Totgeborene und bald Gestorbene dazu gerechnet werden, wie 104: 100; das männliche Geschlecht erleidet in der Schwangerschaft und bei Geburt mehr Schädigungen als das weibliche. *Mohr* (Berlin).

Koscinske, M., Kurzer Abriß der Eugenik. Hygiene 3, S. 235—241. 1913.

Darstellung der Geschichte jener Bestrebungen, die auf die Entfaltung und Entwicklung aller wertvollen geistigen und körperlichen Anlagen behufs Verbesserung der menschlichen Rasse hinausgehen, der sog. Eugenik. Die Bewegung setzte 1865 mit Francis Galton ein, der die Seele des Ganzen bis zu seinem Tode blieb, fand bald in Will. Rathbone Grey und A. de Candolle ihre Förderer und erlebte nach Galtons Tod ein Wiederaufleben durch Ch. Pearson, der den von diesem begründeten Lehrstuhl des Laboratory for National Eugenics einnimmt. Des weiteren werden die Bestrebungen nach dieser Richtung in Amerika, Deutschland, Dänemark usw., sowie die darüber existierende wichtigste Literatur geschildert und schließlich die praktischen Vorschläge für die Rassenverbesserung. *Buschan* (Stettin).

Bogdan, Georges, et A. Grosi, Trois nouveaux cas de castration rituelle. (Drei neue Fälle von ritueller Kastration.) Arch. d'anthropol. crim. de méd. lég. Bd. 28, Nr. 233, S. 364—372. 1913.

Die Kastration aus rituellen (religiösen) Gründen wird heutigen Tags bekanntlich noch von der Sekte der Skoptzen geübt. Die Verff. hatten Gelegenheit, mehrere Fälle zu untersuchen. Bei dem ersten, einem 17jährigen Manne waren Hoden und Penis vollständig fortgenommen, so daß nur ein Penisstumpf von 12—13 mm Länge übriggeblieben war, der angeblich sich noch bis auf das doppelte Volumen erigieren konnte. Die zwei anderen Fälle betrafen weibliche Wesen; beide verneinten ausdrücklich, daß sie an den inneren Organen operiert worden wären; außerdem waren sie auch bis dato normal menstruiert. Die eine Frau (27 Jahr) zeigte kleine, flache Brüste, von denen an der einen das Drüsengewebe fortgenommen war, große Schamlippen von normalem Aussehen und normaler Größe, gleichfalls intakte Clitoris, dagegen excidierte kleine Schamlippen und ein durch Zusammennähen der benachbarten Teile entstandenes künstliches Hymen, das nur zwei ganz kleine Löcher für den Abfluß des Blutes darbot. Das andere weibliche Wesen (18jährig) wies wohlgestaltete große und kleine Schamlippen, sowie Clitoris und gut durchgängiges Hymen, dagegen beiderseits exstirpierte Brustdrüsen auf. In einem weiteren Fall, den die Verff. früher beobachtet hatten, waren beiden Brüste glatt abgeschnitten worden. Die weiteren Ausführungen beschäftigen sich mit der Operation selbst, dem Skoptzentypus und ihrer Lebensweise. *Buschan* (Stettin).

Scott, I. G., The position of women in Burmah. (Die Stellung der Frauen in Birma.) Sociolog. review 6, S. 139—146. 1913.

Schilderung der Erziehung und Stellung der Frau in Birma (unter Bezugnahme der Japanerin), die eine Freiheit und Unabhängigkeit genießt, wie keine Frau in anderen Ländern des Ostens und nur wenige in denen des Westens. So kann sie heiraten, wen sie will, behält ihr Vermögen für sich, genießet die Hälfte an dem gemeinsamen Einkommen, hat das gleiche Recht, sich von der anderen Ehehälfte zu trennen wie ihr Mann u. a. m. *Buschan* (Stettin).

Coomaraswamy, Ananda, K., Sati a vindication of the Hindu woman. (Sati, eine Rechtfertigung des Hinduweibes.) Sociolog. review 4, S. 116 bis 135. 1913.

Swanwick, H. M., Eastern ideals of women. A note on Dr. Coomaraswamys paper. (Die Ideale vom Weibe im Osten, eine Bemerkung zu Dr. Coomaraswamy's Arbeit.) Sociolog. review 4, S. 136—138.

Coomaraswamy teilt seine Arbeit in drei Abschnitte. In dem ersten setzt er die Ideale von einem Hinduweib auseinander, im zweiten behauptet er, daß diese

Ideale keineswegs den Indiern oder nur den Ariern eigentümlich, sondern Gemeingut aller alten religiösen, ästhetischen und heroischen Kulten sind vor dem Auftauchen des Industrialismus, und im dritten stellt er diese Ansichten denen des industriellen Feminismus gegenüber. Swanwick protestiert gegen diese Ausführungen. *Buschan.*

Chochod, Louis, Les philtres et les talismans d'amour à Hué. (Die Liebestränke und Liebestalismane zu Hué.) Bull. de l'école franc. d'Extrême-Orient **12,** S. 11—13. 1913.

Obgleich die Verwendung magischer Geheimmittel, um Liebe zu erreichen sowohl durch das Gesetz wie durch die Religion in Annam verboten ist, sind derartige Praktiken dort überall in ziemlichem Gebrauch. Als Talisman stehen zu Hué die Blätter eines bestimmten Baumes in gutem Rufe; ein leises Bestreichen der Gewänder der Person, die man beeinflussen will, erweckt in ihr innerhalb 24 Stunden Liebe, die 100 Tage anhält. Es gibt auch noch eine verstärkte Abart dieses Mittels, die Liebe auf immer sichert. Sehr verbreitet sind Philtra aus Menstrualblut, Placenta oder Nabelschnur; besonders die ersteren sind sehr beliebt. Ein Streifen Papier wird in Menstrualblut getaucht, darauf verbrannt und von der Asche etwas in das Getränk der betreffenden Person gemischt. Trotz seiner großen Wirksamkeit kann diese aber doch durch ein Gegenmittel hinfällig gemacht werden: durch Regenwasser, das in einem offenen Grabe in einem Sarg sich angesammelt hat. Ein anderes Rezept, das die Annamiten aus Saigon mitteilten, ist folgendes: Zwei im Geschlechtsakt begriffene Muscheln werden in ein Gefäß mit Essig getan; die aus ihnen hervorgehende Flüssigkeit erstarrt im Essig und macht, auch nur zu einem Tropfen jemanden eingegeben, diesen verliebt. — Eigenartig ist die Auffassung der Annamiten von dem Zustandekommen der Menstruation. Bei jedem lebenden Menschen vermehrt sich die Blutmenge jeden Tag um einen Tropfen; sie bildet sich beim männlichen Geschlecht zu Samen um, dagegen sammelt sie sich beim weiblichen in den Geschlechtsteilen an und läuft von Zeit zu Zeit gleichsam über; weil das Blut zu viel Wasser enthält, vermag es sich nicht zu einer ähnlichen Flüssigkeit wie der Same umzubilden. *Buschan* (Stettin).

● **Goldstein, Kurt, Über Rassenhygiene.** Berlin, Springer. 1913. XI, 96 S. M. 2.80.

Neben der Hygiene, die das Interesse des einzelnen im Auge hat, der Individualhygiene, gibt es noch die Rassenhygiene, die die für die Erhaltung der Gesamtheit günstigen Lebensbedingungen zu schaffen bestrebt ist. Diesen Bestrebungen widmet Verf. den vorliegenden Versuch, der der erste zusammenfassende auf diesem Gebiete ist; Rasse ist hierbei im biologischen (nicht im anthropologischen) Sinne zu verstehen. Zunächst bespricht er die Gesetze der Erhaltung und die der Veränderung einer Rasse. Die Erhaltung der Eigenschaften einer Rasse beruht auf der Vererbung (sowohl der intermediären, wie der nach den Mendelschen Regeln). Er vertritt den Standpunkt, daß die Vererbung erworbener Eigenschaften, falls eine solche überhaupt in Betracht kommt, was sehr fraglich erscheint, nur eine ganz geringe Rolle gegenüber den Vererbungsfaktoren spielt, die im Keimplasma liegen. Die Eigenschaften einer Rasse werden aber auf die Dauer nicht fortvererbt, sondern es kommen sogenannte absteigende Variationen, sowohl in quantitativer, wie auch qualitativer (hohes Alter der Eltern, zu schnelle Aufeinanderfolge der Kinder, schlechte soziale Verhältnisse, Krankheiten der verschiedensten Art, Inzucht) Hinsicht vor. Die Schädigung der Rasse durch die absteigenden Variationen sucht die Natur nun durch das Prinzip der Ausschaltung zu kompensieren (Naturerreignisse, Seuchen, Armut, Alkoholismus, Syphilis usw.). Diese Selektion wird aber in ihrer Wirkung wieder eingeschränkt durch eine recht energische Kontraselektion (u. a. durch Besitz, Krieg, Einschränkung der Kinderzahl). Weiter beschäftigt sich Verf. mit der Frage, ob wirkliche Anzeichen der Verschlechterung unserer Rasse bestehen und ob diese durch Keimverschlechterung oder durch mangelhafte Anpassung bedingt wird; er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß sicher eine Menge unzweckmäßiger Abweichungen vom Typus unserer Rasse sowohl in körperlicher

wie in geistiger Hinsicht vorhanden sind, daß aber nur ein geringer Teil auf eine zunehmende Keimschädigung zurückzuführen ist, vielmehr der größte Teil durch soziale Momente bedingt wird und nur der Ausdruck einer noch mangelhaften Anpassung an die gewaltigen Fortschritte der Kultur des 19. Jahrhunderts darstellt. Im letzten Abschnitte kommt Verf. sodann auf die eigentliche Rassenhygiene zu sprechen, d. h. die geeigneten Maßnahmen zur Erhaltung der Rasse und knüpft zum Schluß noch Betrachtungen über die Möglichkeiten einer Fortentwicklung der Rasse an. Diese Maßnahmen zur Erhaltung der Rasse betreffen zunächst die Beseitigung der Schädlichkeiten, als deren Folge die absteigenden Variationen auftreten (Beseitigung des Alkohols, der Syphilis und der Krankheiten überhaupt, der sozialen Schäden, der Eigenart unseres Milieus, d. h. des Mißverhältnisses zwischen unseren Fähigkeiten und den Anforderungen, welche der Fortschritt der Kultur an uns stellt), ferner die Erziehung (Erweckung idealer Regungen), die Frauenemanzipation (zweckmäßige, verständnisvolle Mitarbeit der Frau) und als wichtigste die Regelung der Geburten (Einschränkung der willkürlichen Sterilität, Schutz der unehelichen Mutter, Pflicht der Verminderung oder Beschränkung der Geburten in Fällen, wo eine minderwertige Nachkommenschaft zu erwarten steht und Maßnahmen der Geburtenregelung). Die Höherentwicklung des Menschengeschlechtes beruht in der harmonischen Gestaltung unserer geistigen wie körperlichen Kräfte zur höchsten Vollkommenheit. Hierfür eignet sich am besten die weiße Rasse; ob sie aber in Zukunft dauernd die führende sein wird, muß vorderhand unentschieden bleiben. *Buschan* (Stettin).

Behla, Robert, Über die Sterblichkeit an Krebs in Preußen während der Jahre 1903—1911 nach Altersklassen. Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 19, S. 882 bis 883. 1913.

Der Verf. hat das amtliche, auf Preußen sich beziehende Material in 3 Altersklassen gruppiert: 0—30, 30—60, über 60 Jahre. Aus seinen Tabellen ergibt sich, daß die Zunahme der Krebstodesfälle in der jüngsten Klasse sehr gering, in der Mittelkategorie mäßig, dagegen in der letzten Klasse ganz bedeutend ist, ein Resultat, das mit entsprechenden Untersuchungen in Bayern, Baden und namentlich in England übereinstimmt. Behla läßt die Frage offen, ob die Gesamtzunahme nur scheinbar oder wirklich ist; er betont jedoch, daß wir für die Zunahme mit den steigenden Altersklassen keine stichhaltige Erklärung haben. Wollte man aus der augenscheinlichen Zunahme in der letzten Altersgruppe folgern, daß das Carcinom eine ausgesprochene Alterskrankheit und lediglich dem Alter als solchem zur Last zu legen ist, so wäre dies so unberechtigt, wie wenn man für den Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit lediglich die Hitze verantwortlich machen würde. — Die Medizinalstatistik kann in ätiologischer Hinsicht nur Hinweise, nicht aber wirkliche Beweise bieten; die kausalen Faktoren festzustellen, ist Sache des Experimentes. Vielleicht handelt es sich in letzter Linie um eine Dispositionssteigerung, wo besondere Schädlichkeiten, belebter oder unbelebter Natur, einwirken. — Der Verf. bedauert, daß man über die anderen Neubildungen nur unzulängliche statistische Angaben besitzt, da man aus den zu allgemein gehaltenen Bezeichnungen auf den Totenscheinen, wie Geschulst, Gewächs usw., kein Bild von der Art des Tumors gewinnen kann. Nach einer Stichprobe für 1907 starben von über 15 Jahre alten Personen an Krebs 25 023, an Sarkom 772, an anderen Neubildungen 1837. Nach einem Durchschnitt der in den Heilanstalten behandelten gutartigen Tumoren entfallen auf Cysten ein Drittel, auf Polypen und Fibrome ebenfalls ein Drittel, während das letzte Drittel auf die anderen benignen Neubildungen kommt. Die Heilungsergebnisse bei den gutartigen Tumoren sind, dank der chirurgischen Technik, sehr günstig, Todesfälle verschwindend wenig. *Fischer.*

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 3 S. 145—192

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Dalché, Paul, Métrorragies virginales. (Virginelle Metrorrhagien.) (*Clin. de l'Hôtel-Dieu.*) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 18, S. 141—145. 1913.

Dalché bespricht an der Hand von zwei eigenen Fällen die virginellen Metrorrhagien, bei welchen man durch gynaekologische Untersuchung nichts findet. Es kommt hierbei meist zu abundanten Blutungen. Sicherlich hängen diese Metrorrhagien mit krankhaften Funktionen der Drüsen mit innerer Sekretion zusammen. Es bildet sich ein Blutkuchen, der aber so lose aufsitzt, daß darunter die Blutung weiter fortgeht. Therapeutisch versuchte D. Eisaufschläge auf den Bauch, heiße Wasserbäder der Hände, gepulverte Thyreoidea, Nebennierenpräparate, blasenziehende Pflaster auf die Lebergegend, tierisches Serum subcutan oder in Tamponaden oder Vaginalspülungen, auch Diphtherieserum subcutan. Mit Röntgenstrahlen und Radium ist Vorsicht geboten wegen der sterilisierenden Wirkung auf die Ovarien. Teilweise hatte er gute Resultate.

Bretz (Bonn).

Carstens, J. H., Dysmenorrhea. Cleveland med. journal Bd. **12**, Nr. 4, S. 233 bis 240. 1313.

Die Dysmenorrhöe ist keine Krankheit an sich, sondern nur ein Symptom, welches die verschiedensten Ursachen haben kann. Neben den lokalen Ursachen: Stenosen am Orificium internum, Lageveränderungen des Uterus, Adnexentzündungen, Endometritis, Infantilismus, müssen auch Allgemeinerkrankungen wie Anämie, Verdauungsstörungen, Tuberkulose, Lues, chronische Vergiftungen usw. berücksichtigt werden. Bei den jungen Mädchen in den großen Städten ist auf ein mehr naturgemäßes Leben von frühester Jugend an und besonders in der Pubertät hinzuwirken. Die körperliche Ausbildung soll nicht neben der geistigen vernachlässigt werden. Vernünftige Diät, genügend Schlaf und reichliches Bewegen in frischer Luft müssen gefordert werden. — Der Ansicht der alten Ärzte, daß die Ehe und die Schwangerschaft das beste Mittel gegen die Dysmenorrhöe sind, will Autor nicht zustimmen, da nach seiner Erfahrung nur sehr wenig dysmenorrhoische Frauen ohne Behandlung gravid werden; eine energische Behandlung soll vor der Eheschließung durchgeführt werden. — Chirurgische Eingriffe werden nur in einer kleinen Zahl von Fällen, wenn die Dysmenorrhöe ein Symptom bei Beckenabsceß, Myomen oder Ovarialerkrankungen ist, erforderlich werden. — Von medikamentöser Behandlung hat Autor wenig Erfolg gesehen, am meisten noch von Ergotin. In vielen Fällen liegt eine schlechte Entwicklung der Muskulatur vor, diese beruht auf „Inaktivitätsatrophie". Um einen dauernden Reiz auf den Uterus auszuüben, dadurch die Muskeln zu stärken und ev. Lageveränderungen auszugleichen, empfiehlt Autor sein Intrauterinpessar, das er mehrere Monate liegen läßt. Genaue Beschreibung des Pessars (mit Abbildung) und Gebrauchsanweisung. Das Pessar soll nur angewendet werden, wenn das kleine Becken frei von Entzündung ist. *Ruhemann* (Berlin).

Cantoni, Vittorio, Über die Blutveränderungen während der Menstruation. (*Pharmakol. Inst., Genua.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99**, H. 3, S. 541—554. 1913.

Cantoni prüfte das Gerinnungsvermögen des Blutes nach der von Wohlgemuth vorgeschlagenen Methode, die er dahin abänderte, daß er die Probiergläser nicht erst

nach 24 Stunden, sondern auch nach 3, 5, 7, 9 und 12 Stunden untersuchte, um die möglichen Veränderungen, welche in den Fibrinferment- und Fibrinogenmengen des Blutes während der Menstruation stattfinden, darzustellen. Die erste Untersuchung wurde während der Höhepunkte der hämorrhagischen Periode, die zweite ungefähr 15 Tage vor dem Anfang der Menstruation gemacht. Es wurden — entgegen anderen Forschern — nur die am gleichen Individuum gewonnenen Beobachtungen untereinander verglichen. 7 Experimente ergaben, daß das in den menstruierenden Frauen kreisende Blut normal gerinnt. Es bleibt nur noch nachzuweisen, was die Lokalursache des Nichtgerinnungsvermögens des von den Geschlechtsorganen ausgeschiedenen Blutes ist. Eine zweite Serie von Untersuchungen wurde ausgeführt, um zu erforschen, ob tatsächlich während der Menstruation eine Verminderung der Blutalkalescenz vorhanden sei. Nach der Kompensationsmethode von Poggendorff-Ostwald wurde das zwischen einer in das Serum eingetauchten Wasserstoffelektrode und einer normalen, mit einer Lösung von $^1/_8$ n-NaCl vorbereiteten Kalomelelektrode sich offenbarende Sinken des Potentials bestimmt. In 2 Fällen fand während der Menstruation eine leichte Vermehrung, in den zwei anderen eine leichte Verminderung der Acidität statt. Diese Schwankungen überschritten aber nicht die Grenzen einer normalen Blutreaktionsveränderung. Drittens stellte C. Untersuchungen an zum Zwecke der Bestimmung des Totalquantums der Blutalbuminoide vor und während der Menstruation, und zwar mittels des Eintauchrefraktometers von Pulfrich mit Hilfe der von Reiss zusammengestellten Tabelle. Es wurde hierzu 5 Frauen Blut je 15 und 7 Tage vor der Menstruation, während der höchsten Phase der hämorrhagischen Periode und endlich 7 Tage nach Beendigung derselben entnommen. Der Refraktionsindex und mit ihm der Eiweißgehalt des Blutes stiegen beim Heranrücken der Menstruation allmählich an, wobei dessen Maximum mit dem Höhepunkt derselben zusammenfällt, um dann wieder mit Abnahme derselben zu sinken. Ob die Menstruation nur durch den Blutverlust verändernd auf den refraktorischen Index wirkt, oder aus anderen Gründen, bleibt noch nachzuweisen. *Hölder* (Tübingen).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Bacterial vaccine therapy, its indications and limitations. Classification of bacterial vaccines. (Die Bakterienvaccinetherapie, ihre Indikationen und Kontraindikationen. Die Klassifizierung der Bakterienvaccinen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 20, S. 1539—1541. 1913.

Kritische Gegenüberstellung der Eigenvaccine, die aus dem vom Kranken selbst gezüchteten Krankheitserreger gewonnen wird, und der Standardvaccine, meist einer polyvalenten Kombination aus Bakterienstämmen, die bei gleichen Krankheiten aber von fremden Patienten schon früher hergestellt worden ist. Die therapeutische Bedeutung des Eigenstammes ist naturgemäß eine weit größere. Nur wenn die Kultur des Eigenstammes nicht möglich ist, sollte man zur polyvalenten Stammvaccine greifen. *Gräfenberg* (Berlin).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Novak, J., Nebennieren und Genitale. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.

Über den Einfluß eines Nebennierenausfalls auf das Genitale wußte man bisher fast nichts. Manche Tiere (Hunde) überleben die Nebennierenexstirpation nur sehr kurze Zeit, andere (Kaninchen, Ratten) besitzen accessorische Nebennieren, welche die tödliche Wirkung der Nebennierenexstirpation hintanhalten, ja manchmal sogar verhindern können. Man kann daher an letzteren Tieren nur den Einfluß einer Reduktion des Nebennierengewebes studieren. Solche Versuche hat Novak bisher an 146 Ratten ausgeführt. Er beobachtete bei Ratten, denen zweizeitig beide Nebennieren entfernt wurden, eine Unterentwicklung der Genitale, welche um so intensiver ausgesprochen war, je jünger das Tier zur Zeit der Operation war. Da die nebennierenlosen Tiere abmagerten, so mußte durch entsprechende Kontrollversuche festgestellt werden, ob

die Genitalveränderungen bloß eine Teilerscheinung der allgemeinen Kachexie oder das Resultat einer spezifischen Einwirkung des Nebennierenausfalls darstellen. Diese Kontrollversuche ergaben, daß weder die Abmagerung ausschließlich die Folge einer herabgesetzten Nahrungsaufnahme sei, noch auch die Genitalhypoplasie einer einfachen Kachexieerscheinung gleichzusetzen sei. Um einen allmählich fortschreitenden Nebennierenausfall zu erzielen, implantierte N. einigen Ratten ein Rattensarkom in beide Nebennieren und fand bei diesen Tieren eine besonders hochgradige Genitalatrophie. Nebennierenlose Tiere zeugten keine Nachkommenschaft. Doch konnten gravide, erst in der Schwangerschaft der Nebennieren beraubte Tiere normal austragen und lebende Junge gebären. Autoreferat.

Allgemeine Diagnostik:

Sigwart, W., Die bakteriologische Kontrolle der Asepsis bei gynaekologischen Laparotomien. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. **99**, S. 284 bis 293. 1913.

Die bakteriologische Kontrolle wurde an der Bummschen Klinik dahin erweitert, daß bei der „Dreitupferprobe“ nicht allein die Bouillon zur Kultur verwendet, sondern auch durch Aussaat auf Agarplatten die Zahl der jeweils anwesenden Keime annähernd zu bestimmen gesucht wird. Diese erweiterte bakteriologische Kontrolle wurde bei 114 großen abdominalen Eingriffen durchgeführt. Bei Operationen am aseptischen Objekt war in 86% der Keimgehalt gering. Streptokokken nur 2 mal — sonst Luftkeime. Bei Operationen am septischen Objekt wuchsen stets zahlreiche Keime, vorherrschend Staphylococcus alb. und aur. und Kolibacillen. Unter 71 Fällen 23 mal Streptokokkus. Dieser Unterschied zeigte sich auch deutlich in der Wundheilung, es kam aber auch keine Störung des Verlaufes zur Beobachtung, trotz Streptokokkenbefundes. Es läßt sich also eine sichere Prognose der Wundheilung aus dem bei der Operation gewonnenen bakteriologischen Befund nicht stellen. Die Untersuchungen berechtigen aber zu dem Schlusse, daß das gesunde Peritoneum schwach virulente Keime in größerer Menge verträgt. Die Bindegewebswunden müssen exakt bluttrocken gemacht werden, alle Wunden sind sorgfältig mit gesundem Peritoneum, eventuell durch Heranziehung des Darmes zu decken. *Lihotzky* (Wien).

Carson, Herbert W., A clinical lecture on conditions simulating appendicitis. (Klinische Vorlesung über Zustände, welche Appendicitis vortäuschen können.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 6, S. 90—96. 1913.

Die Diagnose der Appendicitis bietet Schwierigkeiten, weil sie einerseits sehr von den persönlichen Angaben der Patienten abhängt, andererseits weil je nach der Lage und Richtung des entzündeten Wurms — nach außen oben oder unten innen — Verwechselungen durch Hineinspielen des Krankheitsprozesses in die Gegend von Gallenblase, Duodenum, Pylorus, Pankreaskopf und rechten Niere oder der rechten Adnexe und der Blase möglich werden. Fehldiagnosen sind harmloser bei akuten Fällen, weil die Operation gewöhnlich doch die eigentliche Krankheit beseitigt (geplatzter Pyosalpinx, perforiertes Duodenalgeschwür), sie sind ernster in den chronischen, wo ev. nach Entfernung des Wurms die Beschwerden weiter bestehen. Akute Appendicitis wird besonders leicht vorgetäuscht durch Bauchdeckenspannung (Anführung eigener Fälle von perforiertem Magengeschwür, akuter Cholecystitis, rechtseitiger Pyosalpinx, Ovarialcyste mit Stieldrehung, geplatzter Tubargravidität, nekrotisch gewordenem Myom); ferner durch akute Verstopfung, akute tuberkulöse Peritonitis, Zerreißung der Scheide des r. Musc. rectus durch Husten bei Pneumonie, durch rechtseitige Lungen- und Rippenfellentzündung bei Kindern und durch akute hämatogene oder aufsteigende rechtseitige Nierenaffektionen. Zur Annahme chronischer Appendicitis führen neben hyperplastischer Tuberkulose und Aktinomykose des Coecums verkäste tuberkulöse Mesenterialdrüsen (3 Fälle), Colitis mucosa, Cholelithiasis, Ureterstein, Ulcus duodeni, Magengeschwür, Adhäsionen zwischen Colon ascendens und Peritoneum (3 Fälle)

und peritonitische Stränge im Abdomen mit Darmknickung (2 Fälle). Illustriert werden die differentialdiagnostischen Ausführungen des Verf. durch ein reichhaltiges, eigenes, kasuistisches Material. *Mac Lean* (Wurzen).

Robb, Hunter, Examination of the pelvic organs in doubtful cases through a vaginal incision. (Untersuchung der Beckenorgane in zweifelhaften Fällen von einer vaginalen Incision aus.) Cleveland med. journal Bd. **12**, Nr. 4, S. 269—273. 1913.

Oft ist es bei gründlicher klinischer Untersuchung auch in Narkose nicht möglich, Verwachsungen oder Entzündungen geringeren Umfanges an den inneren Genitalien zu finden, wiewohl solche nach Art der Beschwerden sicher vorhanden sein müssen. Für diese Fälle rät Verf., die Beckenorgane von einer Incision im hinteren Scheidengewölbe aus abzutasten, bevor irgendein größerer Eingriff vorgenommen wird. Zur Begründung dieses Vorschlages führt er mehrere Fälle an:

1. Doppelseitige Salpingooophoritis: Weder bei klinischer Untersuchung noch in Narkose konnte ein einwandsfreier Befund erhoben werden. Von einer vaginalen Incision aus wurden deutlich leichte Verwachsungen zwischen Tube, Ovar und Lig. lat. beiderseits gefunden. 2. Rechtseitige Salpingitis mit linker Salpingooophoritis. Trotz sorgfältiger Untersuchung unklarer Befund. Daher vaginale Incision: Zahlreiche Adhäsionen der beiden Tuben und Ovarien mit dem Lig. lat., beiderseits Hydrosalpinx. 3. Rechts Ovarialcystom, Gravidität. Selbst bei tiefer Palpation außer geringer Schmerzhaftigkeit der Seite kein krankhafter Befund. In Narkose Uterus vergrößert, Adnexe nicht fühlbar. Vaginale Incision: linke Tube und Ovar normal; rechts wird nach Einführen der ganzen Hand über dem Beckeneingang eine Cyste gefühlt, die nach Punktion hervorgeholt werden konnte und sich als rechtseitiges Ovarialcystom erwies. Entfernung der Cyste, Tamponade der vaginalen Incision. Heilung. 4. Rechtsseitige Perioophoritis; erst von einer vaginalen Incision aus konnten leichte Adhäsionen zwischen Ovarium und Lig. lat. gefunden werden; nach Lösung derselben Ruptur einer großen Ovarialcyste. Heilung. 5. Verdacht auf ektopische Gravidität: in Narkose fühlte man rechts vom Uterus eine weiche, fluktuierende Masse, die nicht genau differenziert werden kann. Vaginale Incision: Uterus gravidus; links Ovar leicht adhärent.

Verf. glaubt, daß für unklare Fälle, bei denen zu entscheiden ist, ob eine abdominale Operation nötig ist oder nicht, selbstverständlich unter streng aseptischem Vorgehen die vaginale Incisien entscheidend sein kann. Es wurden in allen vorliegenden Beobachtungen krankhafte Veränderungen gefunden, die nicht vermutet wurden, so daß auf der einen Seite notwendige abdominale Eingriffe vorgenommen werden konnten, andererseits unnötige Operationen vermieden wurden. *Rittershaus* (Coburg).

Allgemeine Therapie:

Carletti, La radioterapia nel 1913. (Die Radiotherapie im Jahre 1913). Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 59, S. 615—616. 1913.

Leider besitzen wir noch keine klinisch brauchbaren Apparate, um die Qualität und Quantität der Radiationen zu messen; wir müssen dieselben auf calorimetrischem Wege abschätzen. Auf drüsige Organe wirkt die Bestrahlung hemmend, sie setzt die sekretorische Tätigkeit derselben herab und vermindert deren Größe. Auf totale Atrophie der Drüsen muß Rücksicht genommen werden. Maligne Tumoren sollen durch Radium auch beeinflußt werden können, doch wäre jedenfalls bei beginnenden Krebsen der chirurgische Weg vorzuziehen, obschon bedeutende Besserungen und sogar vollständige Heilungen gemeldet worden sind. Nach Mammaexstirpation wegen Krebs soll prophylaktisch bestrahlt werden, um Rezidive zu verhüten. Maligne Geschwülste des Bauches sind in die Bauchwunde sichtbar eingenäht worden, um sie direkt bestrahlen zu können. Die Bestrahlung von Uterusmyomen wird lebhaft diskutiert; besonders geeignet sollen Myome bei Frauen im Alter von über 45 Jahren sein, wenn dieselben sehr groß und beweglich sind, Druckerscheinungen oder Blutungen verursachen. Bei Blutungen im Klimakterium erzielt man die besten Resultate. Die Technik hierbei ist noch nicht genügend normiert; jeder Radiologe hat seine bevorzugte Methode. Tuberkulöse Erkrankungen sind durch Tiefenbestrahlung günstig behandelt worden. Da die X-Strahlen die Zelle reizen, aber auch zerstören, wäre es absolut notwendig, die Intensität derselben zu dosieren. Weil dies aber noch nicht immer gut möglich ist, hat man auch Mißerfolge und Schädigungen zu verzeichnen, welche zuweilen die Radiologen selbst trafen. Jüngst ist dem Radium im Mesothorium ein Rivale erwachsen, welches in größerer Menge und billiger zu haben sein wird, wodurch bald die Strahlenbehandlung verallgemeinert werden dürfte. *Gattorno* (Triest).

Klein, Gustav, Röntgen-Therapie bei Myomen und Fibrosis uteri. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Wie Sie aus den Ihnen überreichten Tabellen ersehen, haben wir in der Münchener Gynaekologischen Poliklinik vom Mai 1911 bis Anfang März 1913 46 mal bei Uterus-Myomen und 35 mal bei Fibrosis uteri röntgenisiert. Die Methode, wie sie Dr. Hirsch und Dr. Monheim in unserer kgl. Poliklinik ausgebildet haben, steht in der Mitte zwischen der Albers-Schönbergschen und der Krönigschen. Sie geht von dem Grundsatze aus, nicht mehr Strahlen in den Körper zu schicken, als zur Erreichung des Zieles unbedingt nötig sind. Mit 50—110 X haben wir in 2—7 Serien zu 18—48 Einzelbestrahlungen die erwünschte Oligo- oder Amenorrhöe stets erreicht; wir haben nur einmal vorübergehend Rötung, sonst keine einzige schädliche Nebenwirkung gesehen. Wir brauchen also nur den zehnten Teil oder noch weniger von der Strahlendosis, welche die Freiburger Klinik anwendet. Warten wir erst noch einige Jahre ab, ob und welche Spätfolgen sich dann als sehr unerwünschte Nebenerscheinungen zeigen. Noch einen anderen Grundsatz habe ich durchgeführt: jugendliche Patientinnen mit Myomen lieber zu operieren als zu röntgenisieren. Warum die funktionswichtigen Ovarien zerstören und die Myome zurücklassen? Die Ausfallserscheinungen können nach Röntgenisation bei jugendlichen Patientinnen sehr heftig und sehr lästig sein. Ein Drittel unserer operierten Myom-Patientinnen menstruiert noch! Daß wir Patientinnen mit Verdacht auf Komplikation mit malignen Tumor oder auf maligne Degeneration der Myome stets operieren, habe ich an anderer Stelle genau begründet. Die besten Erfolge haben wir natürlich wie alle anderen Autoren bei Fibrosis uteri erreicht. Unter den 35 Kranken, die sich der Behandlung bis zum Schluß unterzogen, ist kein Mißerfolg. Alles in allem: wir suchen die Fälle aus; einen Teil der Myome operieren wir, einen anderen röntgenisieren wir. Trotz aller Verdienste der Freiburger Klinik und trotz aller Erfolge auch mit unserer viel milderen und vorsichtigeren Methode kann die Myomotomie noch nicht in die Rumpelkammer geworfen werden. Autoreferat.

Jaulin, Ma technique et mes résultats dans le traitement du fibrome utérin par les rayons X. (Meine Technik und meine Erfolge in der Behandlung der Uterusfibrome mit Röntgenstrahlen.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 44, S. 115—120. 1913.

Die funktionellen Störungen, die durch Fibrome des Uterus hervorgerufen werden, sind bei Frauen, die das Alter von 35 Jahren erreicht haben, durch Röntgenbehandlung heilbar; die Einwirkung ist hauptsächlich günstig auf die Blutungen. Da die Patientinnen häufig auch über Schmerzen in der Lenden-Kreuzbeingegend klagen, ist es angezeigt auch diese Körperteile der Bestrahlung zu unterziehen. Technik: harte Strahlen, 10—12 cm parallele Funkenstrecke; 2 mm Aluminiumfilter, Bordier Farbenskala O. Streng begrenzte Bestrahlungszone. Bestrahlung von einer großen Anzahl Feldern. Die erzielten definitiven Resultate sind: 1. Unterdrückung nicht allein der pathologischen Blutungen, sondern auch der Menstruation. 2. Unterdrückung der Schmerzen, 3. Verkleinerung des Fibroms, 4. kein vollständiges Verschwinden der Fibrome. *Immelmann* (Berlin).

Albers-Schönberg, Referat über die gynaekologische Tiefentherapie (Myome). 4. internat. Kongreß für Physiotherapie Berlin 1913. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20, H. 2, S. 93—104. 1913.

Der Gynaekologe hat unbedingt das letzte Wort bei der Stellung der Diagnose, bei der Frage nach der Indikation und bei der klinischen Beurteilung des Krankheitsverlaufes; der Röntgenologe hat über Technik, Dosierung usw. zu entscheiden. Tierversuche ergaben: Makroskopisch nachweisbare Verkleinerung des Ovariums, histologisch nachweisbarer Schwund der Graafschen Follikel, Verminderung der Primordialfollikel und ihre Degeneration. Dieselben Veränderungen wurden am menschlichen Eierstock durch Bestrahlung erzielt. Indikationen für die Tiefentherapie: Sowohl Myome, die noch keine allgemeinen Gesundheitsschädigungen mit sich bringen, wie rasch wachsende Myome, die dieses tun (zunehmende Anämie, Störungen im Kreislauf und den Harnorganen). Am besten eignen sich die Frauen Ende der vierziger

Lebensjahre und die noch älteren. Jüngere Frauen erfordern wesentlich höhere Dosen. Kontraindikationen: polypöse und gangränöse Myome, ferner die mit starker Schleimhautwucherung und Polypenbildung einhergehen, sodann cystische sarkomatöse und carcinomatöse Tumoren sowie Myome, bei denen Verdacht auf sarkomatöse oder carcinomatöse Degeneration besteht. Von größter Wichtigkeit ist die Beseitigung der durch die Myome hervorgerufenen Druckbeschwerden und Blutungen, durch Verkleinerung der Geschwülste. Es kann aber auch vorkommen, daß trotz günstiger Wirkung auf die Blutung erhebliches Größenwachstum des Myoms zu konstatieren ist. Diese Verkleinerung findet statt: a) auf dem Wege über die Ovarien; b) durch die direkte elektive Einwirkung auf die Tumorzelle. Was die Blutungen betrifft, so sind sowohl die metrorrhagischen wie die menorrhagischen günstig zu beeinflussen und zu heilen (Herbeiführung eines normalen Menstruationstyp resp. einer dauernden Amenorrhöe). Verstärkung der Blutungen im Anfang der Röntgenbehandlung ist auf eine Lähmung des Follikelapparates bei zu geringer Dosierung zurückzuführen. Die Ausfallserscheinungen sind nur gelinde besonders bei nicht allzu forcierter Applikation; ja Wallungen, Herzklopfen, Transpiration sind günstige Zeichen. Allgemeine Erscheinungen: Abnahme etwa bestehenden Fluors, Abnahme der Herzbeschwerden, Heben des Hämoglobingehalts und des Körpergewichts (beides kontrollieren!), Verschwinden physischer Depressionen. Andererseits: Müdigkeit, Benommenheit, Übelkeit usw. infolge einer vorübergehenden Leukocytose. Hautschädigungen sind vermeidbar; ob Spätschädigungen ebenfalls, muß erst abgewartet werden. Als geheilt sind diejenigen Frauen zu betrachten, bei denen ein normaler Menstruationstyp resp. vollständige Amenorrhöe und Beseitigung aller Myombeschwerden erreicht worden sind; dies ist in etwa 75% der Fall. *Immelmann* (Berlin).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Klein, G., Erfolge der Röntgenbehandlung bei Carcinom des Uterus, der Ovarien und der Mamma. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Schon 1904—1907 habe ich mit meinem Assistenten, Dr. Eltze, 6 inoperable Uteruscarcinome röntgenisiert. Das Hauptergebnis war: „Die Carcinome wurden an ihrer raschen Ausbreitung gehemmt; Schmerzen und Jauchung wurden während der Behandlung dauernd vermindert. Das den Carcinomherd umgebende Bindegewebe wird derber, es bildet gleichsam einen Mantel oder Wall, der dazu beiträgt, das Fortschreiten des Carcinoms eine Zeitlang zu hemmen (Eltze). Mit verbesserten Apparaten und größeren Strahlenmengen haben in der Münchner gynaekologischen Poliklinik auf meine Veranlassung Dr. Hirsch und Dr. Monheim 9 Patientinnen mit inoperablem Halscarcinom und 12 Patientinnen nach Exstirpation des carcinomatösen Uterus röntgenisiert, im ganzen also in 27 Fällen von Collumcarcinom. In einem Falle wurde nach Wertheimscher Operation im Januar 1912 und trotz zweier excochleierter und kauterisierter Scheidenrezidive durch fortgesetztes Röntgenisieren erreicht, daß die Patientin heute rezidivfrei ist. Das ist der einzige mir bekannte Fall dieser Art. Er stellt noch nicht die absolute Dauerheilung dar, ist aber sicher ein glänzender Erfolg der Röntgentechnik. Besonders eignen sich die Fälle, in welchen der Uterus samt erkrankter Umgebung zuerst exstirpiert und darnach die Röntgenbehandlung, also prophylaktisch gegen Rezidive ausgeführt wird. Es ist klar, daß leichter geringe, nur vielleicht noch mikroskopisch kleine Carcinomreste vernichtet werden, als große inoperable Carcinome. Vermutlich handelt es sich bei diesem Heilungsvorgang um die Zerstörung der Carcinomerreger; darnach wird das in der Umgebung mit Leukocyten durchsetzte Bindegewebe, „die Kampfzone“, mit den Epithelresten leichter fertig. Besonders auffällig ist der Erfolg in einem Falle von Adenocarcinom der Mamma. Ich hatte die Mamma im September 1907 amputiert und in den folgenden Jahren 1909, 1910 und 1911 dreimal Rezidive mit mehreren Knötchen exstirpiert. Dazwischen wurde die Narbe von Dr. Bruegel und Dr. Kästle intensiv röntgenisiert. Das letzte exstirpierte Knötchen im Dezember 1911 enthielt kein Carcinom mehr; im März 1913 war Patientin noch rezidivfrei, also $5^3/_4$ Jahre nach Amputation der Mamma! Sehr günstig waren auch die Erfolge der Röntgenbehandlung bei inoperablem oder nicht radikal operablem Ovarialadenom und -carcinom. In allen Fällen wurde das Wachstum der Tumoren verlangsamt, der Ascites sammelte sich in immer größeren Zwischenräumen, die Tumoren wurden derber. Wenn es sich hier auch noch nicht um vollkommene Heilung handelt, so besteht doch alle Aussicht, daß wir bei weiterer Ausbildung der

Methode dazu gelangen. Schon heute müssen wir nicht mehr mit Manfred Fraenkel zu den röntgenisierten Carcinomkranken sagen: „Lasciate ogni speranza voi ch'entrate", sondern: „Euch soll des Lichtes Hoffnung strahlen!" Autoreferat.

Carl, Eine neue Anwendungsweise der Hochfrequenz in der Chirurgie. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Vortr. berichtet über die Erfolge der Hochfrequenzbehandlung der Angiome. Nach der ersten Mitteilung von Hoffmann über die blutstillende Wirkung der Hochfrequenzströme hat Vortr. diese Therapie auf angiomatöse Bildungen verschiedenster Art angewendet. Ausgewählt wurden hauptsächlich solche Patienten, bei denen die bisher üblichen Behandlungsmethoden nicht anwendbar schienen. Es folgt Demonstration von Bildern: 1. ausgedehntes Kavernom an Zunge und Unterlippe eines 3jährigen Knaben, 6mal behandelt. 2. Teleangiektasien am rechten Schultergürtel und am ganzen rechten Arm bei einem 10jährigen Knaben. 3. Circumscriptes Kavernom an der rechten Hälfte der Unterlippe und ausgedehnteres an der rechten Zungenhälfte, außerdem noch andere Fälle, die nicht im Bilde vorgeführt werden. Demonstration von Bildern nach der Behandlung. Als Stromquelle dient ein Diathermieapparat von Reiniger, Gebbert und Schall. Bei Beginn der Behandlung Verwendung kleiner Funken, dann steigend. Bei Kindern bipolare Abnahme des Stromes. Schilderung der Wirkung auf das Gewebe: Schorfbildung mit anämischer Peripherie, die nach einigen Minuten abklingt. Später Abstoßung der Schorfe, Vernarbung und Schrumpfung der kavernösen Teile in der Umgebung. Bei der Behandlung erfolgt meist keine Blutung. Schmerzen gering. Schilderung der Einwirkung auf die Gefäßwände, physikalische Erklärung der Wärmeentwicklung. Darstellung der Unterschiede gegen die Paquelin - Behandlung. Demonstration einer durch Emaille gegen die Umgebung isolierten Nadel zur Behandlung von Angiomen mit normaler Hautbedeckung. Selbstbericht.[CH]

Aimes, A., L'héliothérapie en gynécologie. (Die Sonnenlichtbehandlung in der Gynaekologie.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 3, S. 129—140. 1913.

Eine gewisse Zahl von Frauenkrankheiten kommt durch Anwendung von Sonnenbädern zur Heilung. Die Wirkung der Sonnenbäder kann sich lokal äußern, aber auch den Gesamtorganismus beeinflussen. Unter den Allgemeinwirkungen ist eine der bekanntesten zweifellos die tonische, welche sich in der Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen und in der Vergrößerung des Hämoglobingehaltes des Blutes äußert. Die organische Oxydation ist vermehrt, auf dem Hautniveau entsteht eine starke Gefäßerweiterung. Die Einatmung wird begünstigt. Die lokale Wirkung der Besonnung macht sich außerdem geltend in bactericider, schmerzstillender und auflösender Tätigkeit. Um eine Behandlung leiten zu können, muß man die Anzeichen kennen und mit Vorbedacht zur Anwendung bringen. Von außerordentlicher Bedeutung ist die heilende Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Prozesse. Die schmerzstillende Wirkung zeigt sich bei Schmerzen im Becken oft unmittelbar nach Beginn der Insolation, die auflösende bei para- und perimetritischen Exsudaten. Nach ausführlicher Schilderung von 3 erfolgreich behandelten Fällen Guiberts im Badeorte Balaruc bespricht Verf. die Kontraindikationen der Insolation, hierher gehören die akute Tuberkulose in voller Entwicklung, die Menstruation und die Schwangerschaft. Manche Autoren widerraten auch Sonnenlichtbehandlung bei Herzkranken, doch sind solche Fälle, mit Vorsicht behandelt, besonders im Beginn der Kur, mehrfach publiziert, ohne daß Unfälle zu beklagen wären. — Die Technik besteht in einer fortschreitenden Besonnung über den ganzen absolut nackten Körper oder über die vordere Bauchgegend. Die Kranken sollen bequem im Bett, auf einem Sofa oder einer Sänfte liegen. Der Kopf werde sorgfältig geschützt, entweder durch einen breitrandigen Hut oder durch einen Sonnenschirm. Man beginne am 1. Tage mit 1—2 Sitzungen von 5 Minuten Dauer, und verdoppele diese Zeit am 2. Tage. Am 3. Tage kann man die Kranken schon in 3 Sitzungen von 10 Minuten besonnen. So verlängert man fortschreitend die Zeit und gelangt am Ende einer Woche zu $^1/_2$ Stunde 2mal täglich. Die individuellen

Bedingungen lassen keine bestimmten Vorschriften zu. Wenn man jedoch die angegebenen Zahlen nicht überschreitet, erlebt man keine Überraschung. Die Insolation verursacht eine braune Pigmentierung auf der ausgesetzten Haut. Nur selten beobachtet man eine allgemeine Müdigkeit, Auftreten leichten Kopfschmerzes, manchmal auch geringe Temperaturerhöhung nach der Bestrahlung. Erbrechen kommt ausnahmsweise vor. Diese Erscheinungen verschwinden jedoch rasch. Der Appetit steigert sich im Verlaufe der Kur. Der Schlaf, mitunter in den ersten Nächten gestört, wird bald ruhig. *Pollak* (Prag).

Güsbeck und Orth, Experimenteller Beitrag zur Hormonaltherapie. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Da die unangenehmen Nebenwirkungen des Hormonals sowie seine oft unsicheren Erfolge das Vertrauen zu ihm erschütterten, versuchten wir experimentell, ob es nicht möglich wäre, das Hormonal mit einem blutdrucksteigernden Mittel zu kombinieren. Wir wählten zunächst das Adrenalin, dessen blutdrucksteigernde Wirkung ja bekannt ist. Es zeigte sich nun, daß auch das Adrenalin die Blutdrucksenkung des Hormonals nicht beeinflußt. Seine Wirkung der Blutdrucksteigerung tritt zwar ein, wird aber sehr schnell durch die Hormonalwirkung illusorisch gemacht. Dazu kommt, daß das Adrenalin die Peristaltik durch Erregung der vasomotorischen hemmenden Nervenfasern ungünstig beeinflußt. Günstig liegen die Verhältnisse beim Strophantin, dessen blutdrucksteigernde Wirkung eine sehr prompte und anhaltende ist. Am besten geeignet erscheint das Pituitrin, das beide Komponenten, die der Blutdrucksteigerung und der Peristaltik anregenden, in sich vereinigt. Wie wir in unseren Versuchen finden konnten, ist die die Darmperistaltik anregende Wirkung dem des Hormonals überlegen (Tierversuch! s. Kurve). Es ist nun die Frage naheliegend, die Hormonaltherapie mit der des Pituitrins zu kombinieren im Sinne Klotz durch Kochsalzklysmen mit Pituitrin oder intravenöser Applikation. Eine Kombination zur Erzeugung erhöhter peristaltischer Wirkung von Hormonal mit Pituitrin dürfte wegen der verschiedenen Angriffspunkte beider Mittel fraglich erscheinen, doch sollen in diesem Sinne weitere Versuche folgen. Näher liegt Pituitrin mit Physostigmin zu kombinieren. Sämtliche Versuche wurden mit Veohormonal ausgeführt, das aber auch nicht frei von Albumosen ist. (Geisbeck. Biuretreaktion.) Selbstbericht.[CH]

Widmer, Charles, Pantopon bei Lungenödemen und in der Agone. Schweizer. Rundsch. f. Med. Bd. **13**, Nr. 15, S. 632—636. 1913.

Bei Zuständen versagender Atmungstätigkeit, bei Lungenödem und in der Agone fehlte bisher ein Mittel, das bei größtmöglichster peripherer Wirkung die geringste zentrale und narkotische Einwirkung bietet. Während bei allen bisher gebräuchlichen Mitteln die Grundlage der Allgemeinbeeinflussung in der narkotischen Wirkung auf das Zentralorgan beruht, wodurch aber jeder Vorteil durch einen parallel gehenden kongruenten Nachteil erkauft werden mußte, zeigte sich, daß durch das Pantopon die zentrale Funktion wenig oder gar nicht alteriert wird, während die peripherische Wirkung eine ausgesprochene ist. Es tritt mit einer Beruhigung der Reizerscheinungen in der Respiration ein Abklingen der physischen und namentlich psychischen Erregung ein. Damit wird aber die Atmung tiefer und ausgiebiger und es kommt meist zu einem gänzlichen Aufhören des Trachealrasselns, des Stridors usw. *Weber* (München).

Gisel, Alfred, Die Styptica mit besonderer Berücksichtigung des Erystypticum „Roche". Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 22, S. 1046—1047. 1913.

Die auf den Uterus einwirkenden Styptica kann man als Secale-, Cotarnin-, Hydrastispräparate unterscheiden. Beim Styptol kombiniert sich sedative mit styptischer Wirkung. Erystypticum „Roche" ist ein Gemisch aus Hydrastinin. synthet. „Roche", Hydrastisextrakt und Secacornin. Hydrastinin wirkt vornehmlich vom Zentrum aus, während das aus zahlreichen Einzelstoffen bestehende Secale vornehmlich auf die glatte Muskulatur des Uterus, Darms und Magens wirkt. — Verf. empfiehlt das Erystypticum bei Uterusblutungen, aber auch bei anderen Erkrankungen: Hämoptöe,

Hämatemesis, Epistaxis, Kongestionszuständen des Gehirns, Embryokardie, Erbrechen nach Narkose und Schwangerschaftserbrechen. *Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Allgemeine Chirurgie:

Gräf, Über unsere bisherigen Erfahrungen mit der intravenösen Äther- und Isopraläthernarkose. (Ärztl. Verein, Nürnberg. Sitzung v. 6. II. 1913). Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1178. 1913.

536 Narkosen (153 mit Äther, 383 mit Isopraläther). Erstere Form nur bei leichten Fällen, sonst letztere. Zuerst wird Isopral, jedoch nie mehr als 200 ccm der 1,5 proz. Lösung, bis zur Toleranz gegeben und dann die Narkose mit Äther fortgesetzt. Selbst die kräftigsten Potatoren lassen sich auf diese Weise ohne wesentliches Exzitationsstadium leicht in tiefste Narkose bringen. Die Pat. wachen rasch auf; Erbrechen ist selten. 5 mal schnell vorübergehende Hämoglobinurie. Kein der Methode zur Last zu legender Todesfall. Die Gefahren dieser Narkosenart sind besonders Infektion und Thrombose, bzw. Embolie; sie sind Folgen mangelhafter Technik und daher vermeidbar. Nötig ist strengste Asepsis, sterile Lösung und am Schluß Durchspülen der Vene mit 50—100 ccm Kochsalz- oder Ringerscher Lösung. *E. Runge.*

Brickner, Walter M., A criticism of hypogastric laparotomy through the linea alba. (Kritische Bemerkungen zur hypogastrischen Laparotomie durch die Linea alba.) (Soc. of the alumni of the Sloane hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 994—995. 1913.

Abfälliges Urteil über die mediane Laparotomie durch die Linea alba zwischen Nabel und Symphyse, auf Grund der gar zu häufig beobachteten Bauchbrüche oder in seltenen Fällen des Eingeweidevorfalles. Der Schnitt sollte grundsätzlich, wenn auch nur einen halben Zoll, rechts oder links durch den Rectus und seine Scheiden gehen, ohne Scheu vor der etwas komplizierteren Blutstillung; Hautschnitt kann in Mittellinie fallen. Weniger sind diese postoperativen Folgen bei medianer Laparotomie im Epigastrium zu fürchten. Zur Fasciennaht, besonders bei Kachektischen, Zwirn nehmen. *Michael* (Leipzig).

McDonald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 7. Preparation of catgut ligatures. (Bereitung des Catgut.) Americ. med. Bd. **19**, Nr. 3, S. 168—169. 1913.

Zunächst Kochen in Paraffin ½ Stunde bei 100—110° C, dann Einlegen in Jod 3 g Aceton 97 8 Tage lang. Hierauf Einlegen in Aceton 8 Tage lang und Aufbewahren in einer Lösung aus Aceton 85, Spirit. 10, Glycerin 5. *Wiemer* (Herne).

Mauclaire, Embolies pulmonaires post-opératoires. (Über postoperative Lungenembolien.) Clinique (Bruxelles) Jg. **27**, Nr. 20, S. 306—313. 1913.

An der Hand von einigen eigenen Fällen gibt Verf. eine kurze Übersicht über den heutigen Stand der Emboliefrage, unter ziemlich ausführlicher Besprechung der Statistik, pathologischen Anatomie und des klinischen Verlaufes. Bei der Prophylaxe erwähnt Verf. vor allem den Wert von Kochsalzinfusionen und warnt vor unnötigen Unterbindungen und Schädigungen von Venen. Von der Trendelenburgschen Operation glaubt Verf. nicht, daß sie sich allgemein einbürgern wird. *Kalb* (Stettin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Owen, Robert Goldsborough, and Henry Snure, The complement fixation test in the diagnosis of gonorrhea. (Die diagnostische Verwertung der Komplementbindungsprobe bei der Gonorrhoe.) (*Res. dep., Detroit clin. laborat.*) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 5, S. 247—256. 1913.

Die Verff. kommen auf Grund ihrer an 100 Fällen angestellten Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Anstellung der genannten Untersuchungsmethode gibt außer in ganz frischen Fällen in einem sehr hohen Prozentgehalt positive Resultate, wenn Gonokokken vorhanden sind. 2. Die Methode weist oft Gonokokken nach, wo sie mikroskopisch nicht gefunden werden. 3. Niemals fand sich eine positive Reaktion bei einem nicht gonorrhoisch Kranken. 4. Geheilte Fälle werden negativ nach 5 bis

8 Wochen. Wenn nach dieser Zeit die positive Reaktion anhält, so sind auch noch lebende Gonokokken vorhanden. 5. Die Methode hat nachgewiesen, daß 10—20% der klinisch geheilten Fälle noch infektiös sind. 6. In einer großen Zahl von Fällen, die aufs Geratewohl ohne Rücksicht auf eine gonorrhoische Anamnese untersucht wurden, zeigte sich eine erstaunlich hohe Zahl (7—20%) positiver Resultate. 7. Alle Ehekandidaten sollten sich nach Wassermann und dieser Methode untersuchen lassen, wenn sie jemals an Syphilis oder Gonorrhöe gelitten haben. Eingehende Besprechung der Methodik und Literatur. Tabellarische Zusammenstellungen sind beigefügt. *Blanck.*

Brandweiner und Otto Hoch, Mitteilungen über Gonorrhöe. (*Klin. f. Syphilis u. Hautkrankh., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 22, S. 882—886. 1913.

Zahlreiche Versuche ergaben, daß Cutireaktion und Stichreaktion mit Gonokokkenvaccinen diagnostisch nicht verwertbar sind. Bei gonorrhoischen Fällen kamen negative, bei nichtgonorrhoischen positive Reaktionen vor. — Stichreaktion mit autogener Vaccine rief bei demselben Patienten und bei gleicher Dosis einen stärkeren lokalen Effekt hervor, als Stichreaktion mit allogener monovalenter Vaccine. Man kann daher annehmen, daß wesentliche Differenzen zwischen den einzelnen Gonokokkenstämmen bestehen. *Bischoff* (Düsseldorf).

Keyes, Edward L., Dispensary treatment of gonorrhea. (Ambulatorische Behandlung der Gonorrhöe.) New York med. journal Bd. **47**, Nr. 20, S. 1015—1016. 1913.

Männer und Frauen sollen in getrennten Räumen behandelt werden. Instrumente und Räume sollen für infektiöse und nichtinfektiöse Fälle vorgesehen werden. Funktionen einer Krankenwärterin bzw. eines Krankenwärters, Einteilung und Einrichtung der Räume, gedruckte Verhaltungsvorschriften für die Kranken werden in Kürze besprochen. *Blanck* (Potsdam).

Unterricht und Lehrmittel:

● **Menge, C., und E. Opitz, Handbuch der Frauenheilkunde für Ärzte und Studierende.** Wiesbaden. Bergmann 1913, 802 S. M. 16,—.

Ausführliche Abhandlung der gesamten Gynaekologie. 374 Abbildungen sind beigegeben. Verfaßt sind die einzelnen Abschnitte von verschiedenen Autoren. Spezielle Berücksichtigung der Bedürfnisse des praktischen Arztes und des Studierenden. Keine ausführliche Besprechung der einzelnen Operationsmethoden, dagegen sind Anatomie, Physiologie und Untersuchungsmethoden eingehend behandelt. Besonderes Gewicht ist auf die Beziehungen der Genitalerkrankungen zu den Erkrankungen anderer Organe gelegt worden. Gerade die für den Praktiker wichtige kleine Gynaekologie ist wesentlich berücksichtigt. Besondere Erwähnung hat die Hygiene und Diätetik des Weibes gefunden, ebenso die der benachbarten Organe, wie des Darms und der Harnwege. *E. Runge* (Berlin).

Sonstiges, Allgemeines, Geschichte:

Barris, J., Abstracts from a report upon German and Austrian methods in gynaecology and obstetrics. (Kurzer Bericht über die Verhältnisse an deutschen und österreichischen geburtshilflich-gynaekologischen Kliniken.) St. Bartholomew's hosp. journal Bd. **20**, Nr. 8, S. 126—130 u. Nr. 9, S. 147—150. 1913.

Verf. hat 3½ Monate an den Kliniken zu Berlin, Dresden, Wien, München und Freiburg als Gast zugebracht und schildert nun eingehend den ganzen Betrieb, die Einrichtungen, die ärztlichen Verhältnisse, das Unterrichtswesen und die wissenschaftliche Forschung an den von ihm besuchten Orten. Ein Vergleich der deutschen Verhältnisse mit den englischen beschließt die ausführliche Arbeit, welche sich in besonderem Maße durch Objektivität auszeichnet. *Schmid* (Prag).

Schauta, F., Zur Frage der Stabilisierung des Verhandlungsortes der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie. Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 10, S. 353—354. 1913.

Auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in München wurde von Bumm die Anregung gegeben als ständigen Kongreßort am besten Berlin zu wählen, während von Döderlein München in Vorschlag gebracht wurde. Gegen diese Vorschläge wurden verschiedene Einwände gemacht, vor allem erhoben sich gegen die Wahl Berlins als alleinigen Versammlungsort mehrere Stimmen. Verf. empfahl die Wahl zweier, neutral gelegener, leicht erreichbarer Orte, Karlsbad und Wiesbaden. Die darauf eingeleitete Abstimmung ergab nicht

die notwendige Zweidrittelmajorität für eine Satzungsänderung. Da eine neue Abstimmung auf dem Kongreß in Halle bevorsteht, empfiehlt Schauta im Namen der Gynaekologen Österreichs, falls zwei oder mehrere Orte als künftige Tagungsstätten gewählt werden sollten, doch Wien in die Reihe der normierten Orte hineinzubeziehen. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Shlenker, Milton A., Conservatism in gynecological surgery. (Konservatismus in der operativen Gynaekologie.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 8, S. 602—606. 1913.

Verf. hebt die Bedeutung der Erhaltung der Geschlechtsfunktionen für die Frau hervor, und rügt das indikationslose operative Eingreifen in Fällen, die für konservative Behandlung geeignet sind, wie unkomplizierte Lageveränderungen des Uterus, Uterusmyome, chronische Endometritis und Metritis, Salpingitis, Parametritis usw. Es werden verschiedene Methoden zur konservativen Behandlung angegeben, wie Einlegen eines geeigneten Pessars, Röntgenbestrahlung, Bäder, Lichtbogen, Massage, Belastung, Tamponbehandlung usw. Myome sollen aber behandelt werden; Abwarten bis zur spontanen Rückbildung im Klimakterium ist zu widerraten. Liegt eine dringliche Indikation zur Operation vor, so soll man, wenn irgend möglich, wenigstens ein Stück eines Ovariums zurücklassen. *Lamers* (Amsterdam).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Brouha, Un cas d'opération de Baldwin pour remédier à l'absence congénitale du vagin. (Ein Fall von Operation nach Baldwin zur Heilung von angeborenem Scheidendefekt.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 10, S. 258—263. 1913.

Brouha hat zuerst Blase und Mastdarm von unten voneinander abpräpariert, dann durch Laparotomie $1/_4$ m Ileum ($1/_4$ m vom Coecum entfernt) ausgeschaltet, die latero-laterale Enterostomie angefügt, die Enden der isolierten Darmschlinge verschlossen, die Mitte dieses Stücks nach Eröffnung des Douglas durch den zuerst präparierten Bindegewebskanal nach abwärts bis ins Hautniveau gezogen, die Bauchhöhle geschlossen, sodann die Schlinge an kleiner Stelle eingeschnitten und die Wundränder von Darm und Haut ringsum miteinander vernäht. Es resultierte eine doppelte Vagina mit etwa 3 cm langem gemeinschaftlichem Scheideneingang, der Form eines Y zu vergleichen. Resultat befriedigend. *Bauer* (Berlin).

Kehrer, G., Demonstration von Vulvatumoren. (*Frauenklin. Dresden.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Kehrer demonstrirt in epidiaskopischen Bildern und Moulagen eine größere Zahl von Vulvacarcinomen, die er zum Teil nach einer von ihm angegebenen, sich an Verfahren von Lenander und Stöckel anlehnenden Methode operiert hat. Bei diesen Operationen wurden die oberflächlichen und tiefen Leistendrüsen mitsamt den iliacalen und hypogastrischen Drüsen in der Umgebung des Ureters auf rein extraperitonealem Wege in kontinuierlichem Zusammenhang mit der gesamten Vulva entfernt. In einem Fall von vulvo-urethralem Carcinom, das bereits den Blasenhals ergriffen hatte, wurde auch dieses mit der Urethra entfernt. Autoreferat.

Lefèvre, Henri, et Étienne Loubat, Les kystes de la région clitoridienne. (Die Cysten der Clytorisgegend.) Paris méd. Nr. 22, S. 529—535. 1913.

Verf. stellt 21 Fälle zusammen. Von diesen wurde in 14 Fällen die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand vorgenommen. Nach ihren Ergebnissen teilt Verf. die Cysten der Clitorisgegend in 4 Kategorien ein: epidermische, mucoide, gemischte Cysten und Cysten ohne epithelialen Überzug.

Epidermische Cysten: 4 Fälle. Wand: Epidermis ohne Drüse oder Haaren. Sitz: auf dem vorderen oder dorsalen Teil des Clitoris, auf der Mittellinie an Stelle des Clitoris, einmal seitlich. Kleinnußgröße. Beweglichkeit, keine Schmerzhaftigkeit. In einem Falle Blutungen in der Wand und Vergrößerung zur Zeit der Menses. Mucoide Cysten: 4 Fälle. Wand mit einfacher Auskleidung mit Schleimzellen, in einem Fall abgeplattete Zellen. Größe: Kleinnußgröße bis Hühnereigröße. Können aus mehreren Cysten bestehen. Alle befanden sich unter dem Clitoriskäppchen. Ihre Größe kann besondere Beschwerden herbeiführen. Einmal war die Cyste infiziert. Gemischte Cysten: 2 Fälle. In einem Fall Plattenepithel mit Verhornung und cylindrischem Epithel, in dem anderen Fall cylindrischen Epithel, Platten-, Schleim- und Flimmer-

epithel; Großnußgröße; unter dem Clitoriskäppchen; Cysten ohne epithelialen Überzug. Überzug wahrscheinlich zerstört durch eine Entzündung.

Die Diagnose ist leicht, die Ursache unbekannt, vielleicht spielt das Trauma eine Rolle. Die sicherste Behandlung ist die Exstirpation. *Daels* (Gent).

Maiss, Über Gynatresie. (Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur, Breslau, Sitzg. v. 7. III. 1913.) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 18, S. 848—849. 1913.

16 jähriges Mädchen. Hochsitzende Scheidenatresie mit Hämatocolpos und doppelseitiger Hämatosalpinx, ohne Hämatometra. Operation der Atresie und in gleicher Sitzung Laparotomie und Abtragung der Hämatosalpinx rechts, Eröffnung und Salpingostomie links. Heilung. Seither regelmäßige Menstruation. *Zinsser* (Berlin).

Klieneberger, Diphtheria vaginae. (Ärztl. Bez.-Ver., Zittau, Sitzg. v. 3. III. 1913.) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 18, S. 850—851. 1913.

Eine Diphtherie der Scheide wurde erst bemerkt, als die wegen einer Lungenentzündung behandelte Frau nach der Krise über Urinbeschwerden klagte. Es bestand eine schwere Staphylokokkencystitis mit Dysurie. Die kleinen Labien und der Eingang der Vagina zeigten dicke, nicht abhebbare Membranen von grauer Färbung. Bakteriologisch konnten wiederholt Diphtheriebacillen aus den Membranen sowie aus dem Rachen, der keine Veränderungen zeigte, gezüchtet werden. Die Behandlung mit Pyocyanasespray, daneben Scheidenspülungen, führte in 8 Tagen zur Abstoßung der Membranen und zur Bildung normaler Schleimhaut. Es muß dahingestellt bleiben, ob neben den Diphtheriebacillen die Staphylokokken für die Entstehung der Affektion ursprünglich in Frage kamen. *Zinsser* (Berlin).

Uterus:

Bukojemsky, F. W., Die Gebärmuttersklerose (Arteriosclerosis uteri) und deren Zusammenhang mit den Uterusblutungen. (*Geburtshilfl.-gynaekol. Klin., Prof. W. N. Orloff, Odessa.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99**, H. 3, S. 463—473. 1913.

Verf. bespricht zunächst den Unterschied zwischen infektiöser Metritis und Sclerosis uteri, die beide klinisch den Grund zu profusen Metrorrhagien abgeben können. Beiden ist die abnorme Vergrößerung des Corpus uteri gemeinsam. Aber während sich bei der infektiösen Metritis der Entzündungsprozeß hauptsächlich im Uterusgewebe ohne Gefäßbeteiligung abspielt, handelt es sich bei der Sklerose ausnahmslos um periarteriitische Prozesse. In der Anamnese kann man als hereditäre Erscheinungen chronischen Arthritismus, Rheuma usw. antreffen, Zeichen durchgemachter Infektion. Verf. schildert nun im Hinblick auf die dem Prozeß zugrunde liegenden Veränderungen im Binde- und elastischen Gewebe des Uterus eingehend das Verhältnis des Binde- und elastischen Gewebes des Uterus zur Muskulatur desselben. Im Anschluß hieran bespricht er die einschlägige Literatur. Er weist darauf hin, daß die Autoren beim Studium der Uterussklerose besondere Aufmerksamkeit auf den Zustand der Gefäße, die Erscheinungen der Arteriosklerose in ihrer typischen Form vorzeigen, und auf die Veränderungen und Verminderung der Quantität des elastischen Gewebes des Uterus und der Gefäße gerichtet haben und daß sie deshalb die neue Bezeichnung Arteriosclerosis uteri eingeführt haben. Noch nicht einmütig anerkannt von allen Autoren ist die Abhängigkeit der uterinen Blutungen von der Arteriosclerosis uteri, wenn auch die Mehrzahl derselben der Ansicht ist, daß die Veränderungen der Gefäße die Hauptrolle spielen. Ferner bestehen noch Meinungsverschiedenheiten über den Befund von elastischem Gewebe bei der Arteriosklerose; nur die Zunahme des Bindegewebes ist von allen Autoren anerkannt. Es folgt nun eine eingehende Besprechung von drei eigenen Beobachtungen des Verfassers. In diesen 3 Fällen mußte wegen unstillbarer Blutungen die Exstirpatio uteri vorgenommen werden. Alle 3 Fälle stellen das typische Bild der sog. Sclerosis uteri oder dessen Gefäße vor. Als neue Beobachtung teilt der Verf. Nekrose der Gefäßwände mit. Verf. betrachtet die Blutungen als unzweifelhafte Folge der Veränderung der Gefäße und sieht den Grund hierfür im Schwund der elastischen Elemente derselben. *Markus* (Breslau).

Outerbridge, Geo. W., Hemorrhage from the nonpregnant uterus. (Blutungen des nichtschwangeren Uterus.) (Obstetr. soc. of Philadelphia, meet., 6. II. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 971—974. 1913.

Der Streit zwischen der älteren Lehre von der Endometritis hypertrophica und

hyperplastica glandularis und der Adler-Hitschmannschen Lehre ist noch nicht endgültig geklärt. Letztere wird ergänzt und weitergeführt durch die Theorie von Norris, der den Capillargefäßen eine wichtige Rolle zuschreibt und als Ursache schwerer Blutungen eine „interstitielle Endometritis mit Angiogenesis und Angiorhexis" beschrieb. Diese Gefäßveränderungen sind nach Verf. die primäre Ursache mancher Fälle von Blutungen; die „Endometritis", d. h. die Infiltration mit Rundzellen und Plasmazellen tritt erst sekundär hinzu. Dies gilt besonders für die manchmal sehr schweren Pubertätsblutungen. Die Theilhabersche Theorie von der ätiologischen Rolle, der Bedeutung und Entwicklung des Myometrium hat viel Bestechendes, wird aber von Pankow und vielen anderen lebhaft bestritten. Denn das Verhältnis zwischen Muskel- und Bindegewebe, sowie Beschaffenheit der Gefäße läßt sich anatomisch jedenfalls nicht exakt nachweisen. Die neueste Theorie, die ovarielle, die Störungen der inneren Sekretion des Ovarium als Ursache der Uterusblutungen annimmt, ist noch im Stadium der experimentellen Forschung. Vieles spricht für diese Theorie, wie auch der Einfluß der Kastration und der Röntgenstrahlen auf die Uterusblutungen.

Semon (Königsberg i. Pr.).

Weinbrenner, Uterus myomatosus mit doppelseitigen entzündlichen Adnexen und linksseitigem Pyovarium. (Med. Ges., Magdeburg, Sitzg. v. 27. II. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 22, S. 1232. 1913.

Nach Sondierung von anderer Seite septische Erscheinungen. Starke Menorrhagien zwingen zur abdominalen Totalexstirpation. Der myomatöse Uterus lag fest im entzündlich veränderten Bindegewebe, links bis über den Nabel Pyovarium. Schwere Verwachsungen. Bei der Lösung platzt das Pyovarium. Im linken Lig. lat. zweiter Absceß. Drainage nach der Scheide. Heilung.

Weinbrenner verwirft die Verwendung der Sonde in der Gynaekologie so gut wie ganz. Nie sollte sie zur Aufrichtung des retroflektierten Uterus oder zur diagnostischen Austastung des Cavums Verwendung finden. *E. Runge* (Berlin).

Gibb, W. Travis, Multiple fibroma with adenocarcinoma of the fundus uteri. (Multiple Fibroide mit Adenocarcinom im Fundus uteri.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 26. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 1005—1006. 1913.

Der Titel der Arbeit enthält das Wesentliche des mitgeteilten Falles.

Aus der Krankengeschichte der 50jährigen Frau verdient hervorgehoben zu werden, daß zwei kostbare Jahre bis zur notwendigen Operation versäumt wurden, da der behandelnde Arzt mit der Diagnose Fibrom zufrieden sich auf die übrigens ganz wirkungslose Ergotintherapie verließ, ohne über die Ursache der fürchterlichen Blutungen und den wahren anatomischen Befund sich Klarheit zu verschaffen. *Landau* (Berlin).

Herz, Max, Kropfherz, Myomherz, Klimakterium. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 22, S. 1355—1364. 1913.

Gemeinsame klinische Symptome und die gemeinsame, auf Störungen der inneren Sekretion basierende Ätiologie geben Herz Veranlassung, die genannten Störungen der Herzfunktion gemeinsam in den Kreis seiner Betrachtungen zu ziehen. Die wichtigsten Symptome des Kropfherzens sind das subjektive Gefühl des Herzklopfens und die objektiv konstatierbare Tachykardie, zwei Phänomene, die nach H. absolut nicht zu identifizieren sind. Das Myomherz macht sich auch durch Herzklopfen, bei anfänglich negativem objektivem Befunde, bemerkbar, später durch Atembeschwerden usw. Nach einiger Zeit kommt es zur Dilatation der linken Kammer, Steigerung des Blutdruckes, Irregularität des Pulses, Ödemen. Als ätiologischen Faktor dieser Herzerscheinungen sieht H. eine Störung des Drüsenkonzertes durch Einschieben des Myoms in den Kreis der inneren Sekretion an. Die durch den Fortfall der Ovarialfunktion bedingten Herzstörungen des Klimakteriums äußern sich in Herzklopfen, Schmerzen unter der linken Brust außerhalb der Herzspitze und dem Gefühle der behinderten Atmung. Objektiv findet sich häufig ein systolisches Geräusch über dem Aortenostium. Die Aortensklerose ist jedoch nach H. nicht die Ursache der subjektiven Krankheitserscheinungen. In therapeutischer Hinsicht ist H. kein Anhänger der beliebten Jodtherapie, sondern zieht

die physikalischen Behandlungsmethoden, wie hydriatische Prozeduren, Galvanisation usw. vor. Bei den thyreogenen Herzaffektionen hat sich ihm die Verabreichung von Pankreon sehr bewährt, sonst empfiehlt er Baldrian-, Arsenpräparate, Brom usw. Auch Physostigminum salicylicum. (3 mal täglich 3 Tropfen der 1 promilligen Lösung). Natrium phosphoricum und Antithyreooidin Moebius erwiesen sich häufig nützlich. Die Röntgenbestrahlung gibt bei Kropf- und Myomherz äußerst beachtenswerte Resultate. *Köhler* (Wien).

Bazy, Louis, Carcinome placentaire ou chorio-épithéliome malin de la trompe. (Carcinom der Placenta oder malignes Chorionepitheliom der Tube.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Jg. **40**, S. 208—220. 1913.

Kindskopfgroßer Tumor der rechten Tube, der sich bei der histologischen Untersuchung als Chorionepitheliom im Anschluß am Tubargravidität erweist. Es ist dies der 12. bisher bekannt gewordene und exakt beschriebene Fall; alle endeten entweder im Anschlusse an die Operation oder in kurzer Zeit infolge von Metastasen letal. Bazy stellt also neuerlich die Forderung auf, jede Tubargravidität möglichst frühzeitig zu exstirpieren. *Lihotzky* (Wien).

Giles, Arthur E., The after-results of operations for uterine displacements. (Die Spätresultate von Operationen wegen Uterusverlagerung.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 6. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 192—201. 1913.

Im Gegensatz zur Ventrifixation und Ventrisuspension nennt Giles seine Operation Hysteropexie; er näht vordere Uteruswand an der tiefsten erreichbaren Stelle an Fascia und Peritoneum der vorderen Bauchwand. Dazu häufig Kolpo- und Perineorrhaphie. 508 solcher Operationen. Über Allgemeinbefinden 120 Nachrichten. 80% örtlich und allgemein gut oder besser; weitere 10% nur lokal gebessert. Blasenfunktion unter 86 Fällen in 85% gut; die volle Blase weicht nach der Seite aus und drängt die Portio nach hinten, oben. 62 Geburten nach der Operation ohne wesentliehe Komplikationen. 2 Querlagen bei einer Frau, die schon früher Querlagen hatte. Unter 37 Patienten mit 48 Geburten nur ein Rezidiv. 95,5% gutes anatomisches Resultat. Diskussion zugleich zu den Vorträgen von Griffith (vgl. dieses Zentralblatt Bd. **2**, S. 159) und Briggs (vgl. dieses Zentralblatt Bd. **2**, S. 159):

Herbert Spencer: staunt über die Häufigkeit dieser Operationen bei den Referenten. Während Giles unter 1000 Laparotomien 309 macht, macht er nur 27. Er erklärt die Operation, weil meist nutzlos bezüglich der Symptome, für zu gefährlich. Archibald Donald: Der Grund für die Nutzlosigkeit stammt daher, daß die meisten sog. Retroflexionssymptome nicht von der Retroflexio kommen. Die Operation ist unwissenschaftlich. Hubert Roberts: Ventrifixation ist keine Operation für sich, sie muß ergänzt werden durch Beckenbodenplastik; Retroflexio hat nur Bedeutung als Teilerscheinung eines allgemeinen Descensus des Beckenbodens; seine Operationshäufigkeit verhält sich zu der von Giles wie 31 : 508; vorwiegend bei Frauen nach der Gebärzeit. Beckwith-Whitehouse: Ventrifixation werde zu häufig gemacht, die Beschwerden werden durch sie nicht geheilt. Er operiert nach Webster. Laparotomie ist wegen besserer Übersichtlichkeit den vaginalen und extraperitonalen Methoden vorzuziehen. Fairbirn: Indikation zur Operation ist nicht die Lageveränderung selbst, sondern deren Komplikationen; viele sog. Retroflexionssymptome sind es nicht, z. B. Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen usw. Armand Routh unterscheidet zwischen sekundärer und primärer Ventrifixation; sekundär ist sie, wenn sie sich im Verlauf einer aus anderen Gründen vorgenommenen Operation notwendig erweist, primär, wenn die Laparotomie nur zu ihrer Ausführung gemacht worden ist. Primäre Ventrifixation bei mobiler Retroflexio ist nur dann indiziert, wenn Ovarialprolaps Pessarbehandlung unmöglich macht und sonst Entfernung der Ovarien notwendig machen würde. *Mathes* (Graz).

Abbott, A. W., Operations for uterine prolapse compared. (Vergleichung von Prolapsoperationen.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 6, S. 171—175. 1913.

Beschreibung des Beckenverschlußapparates und Kritik der verschiedenen Prolopsoperationen. Wertheims Operation wird als unanatomisch abgelehnt. Abbott bevorzugt Faltung der utero-sacral. Ligg. und der vorderen Anteile der Ligg. lata vom Abdomen aus, weil Retroflexio Vorbedingung für Prolaps ist. Diskussion: Magie operiert nach Murphy: Spaltung des Uterus in der Sagittalebene, Excision der Schleimhaut, Einnähen der beiden Uterushälften in Incisionen, die in die vordere Bauchwand beiderseits von der medianen Laparotomiewunde von innen durch Peritoneum und Muskulatur gemacht werden. Arthur Law: Bei extremen Fällen Totalexstirpation. Farr: Bei Prolaps ist die Insertion der Ligg. rotunda am Uterus abnorm tief, er näht sie der höchsten Kuppe des Fundus auf. *Mathes* (Graz).

Parisse, Eugénie, Rôle du système nerveux dans l'étiologie des rétrodéviations utérines chez les nullipares. (Beteiligung des Nervensystems an der Ätiologie der Gebärmutterverlagerungen bei Nulliparen.) Sem. gynécol. Jg. **18,** Nr. 19, S. 149—150. 1913.

Die Ätiologie der Verlagerungen des Uterus wird am besten an Nulliparen studiert, bei denen geburtshilfliche und chirurgische Traumen fehlen. Hierbei ist auffallend die Häufigkeit der Verlagerungen bei Neuropathischen. Muskeltonus und Kontraktilität der Gefäße sind die Hauptfaktoren einer richtigen Uterusstellung. So sind die zahllosen Wechselbeziehungen zwischen Nervenzuständen und Gebärmutterverlagerungen zu erklären. Man muß es aber als Übertreibung auffassen, wenn Autoren behaupten, bei einer geistig und körperlich gesunden Nullipara niemals eine Verlagerung gesehen zu haben. Ebenso wie fehlende Innervation die Ursache eines angeborenen Totalprolapses sein kann (8 von Doléris zusammengestellte Fälle von Spina bifida und Prolaps bei Neugeborenen!), ebenso bedingt mangelhafte Innervation Schwäche und mangelhaften Tonus der Muskulatur, vasomotorische Störungen im Gefäßgebiet. So kommt es infolge allgemeiner Gewebserschlaffung, Ektasien der Gefäße zur Stauung und Vergrößerung des Uterus, der dann leichter nach hinten fällt. Diese pathologische Lage bleibt meist definitiv bestehen. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Griffith, W. S. A., A discussion on ventrifixation. The indications for the operation, with an analysis of seventy-seven cases. (Eine Diskussion über Ventrifixation. Die Indikationen für die Operation mit einer Analyse von 77 Fällen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6,** Nr. 6. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 168—176. 1913.

Manche Fälle von Uterusverlagerung verursachen keine Beschwerden oder sie sind durch Pessar zu beheben. Operation verlangen 1. die Fälle mit intaktem oder fast intaktem Beckenboden, in denen die Retroflexion des Uterus und der Ligg. zum Prolaps der normalen oder vergrößerten Ovarien führt. Ovarien müssen durch Excision verkleinert oder ganz entfernt werden; 2. die Fälle mit Prolaps von Uterus, Vagina, Blase oder Rectum. Der Ventrifixation muß eine vag. Plastik angeschlossen werden. Allgemeine Gesundheitsstörungen sind nicht Folge der Lageveränderung. Die Technik besteht in Annähen der vorderen Uteruswand unterhalb der Insertion der Ligg. rot. an die vordere Bauchwand durch Peritoneum, Rectus und Fascie mit Silkworme. 72 Fälle wurden so, 4 nach Gilliam, 1 nach Baldy operiert. Ein Todesfall. Kurzer Bericht über weiteren Verlauf. *Mathes* (Graz).

Briggs, Henry, The technique of ventral fixation of the uterus and allied operations. (Die Technik der ventralen Fixation des Uterus und verwandte Operationen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6,** Nr. 6. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 176—192. 1913.

600 Operationen. Im gebärfähigen Alter darf keine Fundusfixation gemacht werden, sondern an einer möglichst tief gelegenen Stelle des Korpus oder Fixation an den Ligg. rotundis. Zur Korpusfixation werden 4 Seidennähte durch das Peritoneum parietale und die vordere Wand des Uterus gelegt, so daß der vordere Douglas obliteriert wird. 3 Todesfälle an Lungenembolie, Herzfehler, Peritonitis. 98% anatomische Heilungen, keine Geburtsstörungen, mit Ausnahme von leichten Zangen. Rezidive traten mit und ohne nachherige Geburten auf. Keine Ileusfälle durch Adhäsionsbildung. Bei jedem Descensus ist Ventrifixation durch Beckenbodenplastik zu ergänzen, versenkte Catgutnähte, keine Resektion der Scheidenwand. Von anderen Komplikationen erfordert Endometritis Curettage, Prolaps der Ovarien Verkürzung ihrer Ligamente. *Mathes* (Graz).

Jacobs, Les organes génitaux internes (utérus et annexes) sont-ils suspendus ou soutenus? (Sind die inneren Genitalorgane aufgehängt oder unterstützt?) Bull. de la soc. belg. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24,** Nr. 1, S. 7—26. 1913. Zusammenfassung der Ed. Martinschen Untersuchungen. *Daels* (Gent).

Eskridge, Belle C., Use and abuse of the uterine curette. (Über Gebrauch und Mißbrauch der Uteruscurette.) Texas State journal of med. Bd. 8, Nr. 11, S. 298—299. 1913.

Der Verfasser warnt vor der Anwendung der Curette, besonders bei puerperaler Infektion und bei Dysmenorrhöe; er führt zahlreiche Fälle an von Perforation des Uterus mit der Curette. *J. Klein* (Straßburg).

Hirst, Barton Cooke, Atmocausis. (Obstetr. soc. of Philadelphia, meet. 6. II. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 5, S. 974—976. 1913.

Empfehlung der Atmocausis von Pincus für gewisse Fälle hartnäckiger uteriner Blutungen, als deren Ursache bösartige Neubildungen ausgeschlossen werden können, und welche durch die üblichen internen und operativen Maßnahmen (Curettage) nicht zu beeinflussen waren. So konnte in einem Falle durch die Atmocausis die vorgeschlagene Hysterektomie vermieden werden. Die Temperatur des Dampfes soll etwa 115° betragen; man läßt ihn auf die Dauer einer Minute einwirken, wodurch eine Zerstörung des Endometriums zustande kommt. *Rittershaus* (Coburg).

Murphy, Description of Murphys method of abdominal hysterectomy. (Beschreibung der Murphyschen Methode der abdominalen Hysterektomie.) Surg. clin. of John B. Murphy 2, Nr. 2. 1913.

Ausführliche Beschreibung der Methode, die vor zehn Jahren entstanden ist, und deren Überlegenheit über die gewöhnlichen Methoden darin besteht, daß die Gefahr der Ureterverletzung und der sekundären Nachblutung vermieden wird. Die Grundzüge der Technik sind folgende: Medianer Längsschnitt in Beckenhochlagerung, Abdecken der Intestina, Lösung eventueller Verwachsungen von Uterus und Adnexen. Nun wird der Uterus mit Hilfe von Korkenzieher oder großer Zange herausgezogen, so daß die Hinterfläche nach oben sieht. Anlegen langer, schwerer Hysterektomieklemmen an die breiten Ligamente bis zur Grenze von Korpus und Cervix, die Uterina wird nicht mitgefaßt und die Spitzen der Klemmen müssen oberhalb der Uterina direkt den Uterus berühren. Adnexe werden nur entfernt, wenn sie erkrankt sind, auf Erhaltung wenigstens eines Teiles eines Ovariums ist Gewicht zu legen. Durchtrennung der Ligamenta lata. Nun quere Incision an der Hinterfläche des Uterus an der Grenze zwischen Cervix und Korpus, der Peritoenalrand wird mit Klemmen gefaßt. Die Schnittrichtung ist keilförmig: bis zum Cervicalkanal leicht abwärts; dann leicht aufwärts bis $^2/_3$ der vorderen Cervicalwand durchtrennt sind. Die Uterinae sollen sich von der Muskularis abschälen und sichtbar werden, so daß sie gefaßt werden können. Mit dem Suchen der Gefäße soll man keine Zeit verlieren, sondern sie dann nach der Durchschneidung vom Assistenten fassen lassen. Nun wird unter starkem Zug der Uterus von der Blase und dem vorderen Peritonealblatt abpräpariert, so daß man genügend Peritoneum zur Deckung des Cervixstrumpfes erhält. Unterbindung der isolierten Uterinae, Schluß der keilförmigen Cervixwunde mit Catgutknopfnähten, ohne das Peritoneum mitzufassen. Bei Versorgung der Stümpfe der Ligamenta lata sollen die Gefäße einzeln unterbunden werden. Versenken der Stümpfe durch Tabaksbeutelnaht und fortlaufende Peritonealnaht, so daß nur die strichförmige Naht von der Operation Zeugnis gibt. Die Flexur wird auf die Naht gelegt, um Ankleben des Netzes zu verhindern. Schluß der Bauchdecken in drei Etagen, mehrere 8 förmige Silkwormnähte werden noch zur Sicherung durch Fascie und Haut gelegt und über einen kleinen Wattetupfer geknotet, um eine Hautnekrose zu verhindern. Die Vorteile der Murphyschen Methode sind folgende: 1. Der Uterus kann so leicht und schnell exstirpiert werden wie ein gewöhnlicher Ovarientumor, die Durchschnittszeit für die ganze Operation ist 15—20 Minuten. 2. Die Ureterverletzung wird vermieden, indem man den Uterus von dem umgebenden Gewebe abschiebt. anstatt zu schneiden. 3. Die sekundäre Nachblutung wird durch isolierte Gefäßunterbindung verhindert. *Ruhemann* (Berlin).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Latreille, Eugène, Une classification pathogénique et anatomo-pathologique des hémorragies tubaires. (Eine pathogenetische und anatomopathologische Klassifizierung der tubaren Blutungen.) Union méd. du Canada Bd. **42,** Nr. 2, S. 79—84. 1913.

Der Verf. will unterschieden wissen zwischen: 1. Blutung der tubaren Menstruation. 2. Sekundäre Blutungen bei Fibroma uteri oder Dyskrasie. 3. Salpingitis haemorrhagica: Blutungen in der Wand. 4. Hämatosalpynx: cystische Entartung der Tube infolge von Blutung. 5. Salpingitis ulcerosa von Marien: tiefe Ulcera in der Wand der Tube. 6. Pachysalpingitis haemorrhagica von Bazy: Bindegewebssprossen brechen durch die Schleimhaut. 7. Tubare Schwangerschaft: Exochorion. *Daels* (Gent).

Gurd, Fraser B., Primary malignant neoplasm of the fallopian tube. (Primäres malignes Neoplasma der Tube.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3,** Nr. 5, S. 389—393. 1913.

Fraser berichtet über einen Fall, der unter der Fehldiagnose eines Pyosalpinx nach erfolgter Exstirpation per Laparotomie sich als — auch mikroskopisch sichergestelltes (Abbildung) — Tubencarcinom erwies. Vorläufige Heilung; 7 Monate post operat. rezidivfrei. *Lihotzky* (Wien).

Humiston, Wm. H., Conservative operations on the ovaries, including a report on 112 cases. (Konservative Operationen an den Ovarien bei 112 einschlägigen Fällen.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 120—133. 1913.

Verf. tritt für konservative Operationsmethoden an den Eierstöcken ein, soweit es sich nicht um Patienten über 40 Jahre handelt, und wo der Verdacht auf eine bösartige Neubildung oder frischüberstandene Gonorrhöe ausgeschlossen ist. In 112 Fällen hatte er Veranlassung genommen, nur „ein“ Ovarium zu entfernen oder auch nur $^1/_3$ bis $^2/_3$ des Organes zu excidieren. 70 Fälle konnte er weiter verfolgen, von denen 21 Kinder zur Welt gebracht wurden. Diese 19% Generationsfähigkeit, welche sich bei Kenntnis der übrigen nicht mehr eruierbaren Fälle auf 28% erhöhen ließe, beweisen, wie empfehlenswert konservative Operationsmethoden an den Ovarien sind. *Burk.*

Le Filliatre, G., Volumineux fibrome de l'ovaire, pesant plus de sept livres. Laparotomie. Guérison. (Großes Ovarialfibrom im Gewicht von über 7 Pfund. Laparotomie. Heilung.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88,** Nr. 4, S. 217—219. 1913.

Der Tumor war im Verlaufe von 3 Jahren von Kindsfaustgröße gewachsen und war kompliziert durch Ascites, Verwachsungen mit Netz und Darm, Einbettung in das Mesenterium der Flexur und eine Nabelhernie. Heilung durch Laparotomie mit Drainage nach unten. *Frankenstein* (Köln).

Benthin, Endothelioma ovarii. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol. Sitzg. v. 15. III. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. **37,** H. 5, S. 672. 1913.

Kasuistische Mitteilung. *Zinsser* (Berlin).

Ulesko-Strogonoff, Zur Frage der carcinomatösen Degeneration vom Ovarialcystom. (*Klin. gynaekol.-geburtsh. Inst., St. Petersburg.*) Russkji Wratsch Jg. **12,** Nr. 18, S. 604—606. 1913.

Unter 202 Ovarialtumoren, die in den letzten 4 Jahren im klin. gynaek.-geburtsh. Institut zu St. Petersburg (v. Ott) operiert wurden, waren 10 solide Tumoren (= 5%), 192 Cystome. Von den letzteren waren 86 einfache Cysten, 31 Dermoide, 53 proliferierende Cystome (33 glanduläre und 20 papilläre) und 22 carcinomatös degenerierte Cystome. Die letzteren sind, nach Ansicht der Verf., aus den proliferierenden Formen entstanden.

Die Schlüsse, die Verf. aus ihren Untersuchungen zieht, sind folgende: 1. Proliferierende Cystome sind Übergangsformen von gutartigen zu carcinomatös degenerierten Formen. 2. Epitheliale Hyperplasie, die diese Form charakterisiert, birgt in sich die Neigung zur malignen Degeneration. 3. Die Beziehungen der proliferierenden Cystome zu den malign degenerierten lassen die Abstammung der letzteren erkennen.

4. In den carcinomatös degenerierten Cystomen findet man Beweise für ihre Entwicklung aus den vorhergegangenen proliferierenden Cystomen. *Braude* (Berlin).

Whitehouse, Beckwith, The autoplastic ovarian graft and its clinical value. (Die autoplastische ovarielle Pfropfung und ihr klinischer Wert.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 7, S. 107—110. 1913.

Um die Menstruation zu erhalten und Ausfallserscheinungen nach Adnexoperationen zu vermeiden, empfiehlt Whitehouse die Einpflanzung gesunden Ovarialgewebes desselben Individuums in die Bauchdecken. Er verfährt dabei folgendermaßen:

Nach Exstirpation der erkrankten Adnexe wird ein Teil des gesunden Ovarialrestes in ganz kleine Partikelchen geschnitten und diese in das subperitoneale Gewebe und zwischen Rectus und Rectus-Scheide versenkt. In einem so behandelten Fall gelang die Einheilung vollständig; Pat. menstruiert normal, Ausfallserscheinungen traten nicht auf. Beobachtungsdauer über ein Jahr. *Lihotzky* (Wien).

Weishaupt, Elisabeth, Ein Fall von extraperitonealem Adenomyom und zwei Fälle von intraperitonealen Myomen des Ligamentum rotundum mit Anmerkungen über die Herkunft der epithelialen Einschlüsse. (*Pathol. Inst., Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99**, H. 3, S. 491—504. 1913.

Beschreibung einschlägiger Fälle mit genauem histologischem Befunde. Betreffs der Genese derartiger Tumoren stützt sich Verf. auf die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen der Mehrzahl der Autoren und besonders R. Meyers und führt aus, daß ebenso, wie bei den zahlreich beobachteten Epithelheterotopien an anderen Stellen des weiblichen Genitales, auch bei den beschriebenen Tumoren des Ligamentum rotundum nicht embryonale Abschnürungen zur Erklärung herangezogen werden müssen, sondern daß es sich hierbei in erster Linie um Epithelien des Peritoneums und Processus vaginalis peritonei handelt. Nur in ganz vereinzelten Fällen, in welchen eine morphologische Übereinstimmung mit Nierenglomerulis besteht, ist an eine fötale Herkunft zu denken. Die Entzündung ist in allen Fällen als auslösender Faktor in Betracht zu ziehen. *Köhler* (Wien).

Maccabruni, Francesco, Contributo allo studio delle così dette idatidi del Morgagni. (Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Morgagnischen Hydatiden.) (*Istit. ostetr.-gynecol. di perfezionamento, Milano.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Nr. 4, S. 360—365. 1913.

Es gibt keinen Unterschied im feineren Bau der wahren und der Pseudohydatiden. Bemerkenswert ist, daß an der Innenwand dieser Cystchen das einschichtige Auskleidungsepithel demjenigen der Tuben gleicht. Es handelt sich um hohe zylindrische Epithelzellen mit Wimperbesatz, darunter finden sich noch andere runde Elemente, deren Sekretionsprodukt den Cysteninhalt bildet. Im Text 3 farbige Abbildungen von mikroskopischen Präparaten. *Colombino* (Mailand).

Bauchorgane:

MacKinnon, A., Abdominal injuries. (Bauchverletzungen.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 4, S. 284—287. 1913.

Verf. bespricht an der Hand von 3 eigenen Fällen (Milzzerreißung, Querriß des Ileum, Blasenzerreißung), welche durch rechtzeitige Operation zur Heilung kamen, Diagnose und Behandlung der Bauchverletzungen ohne äußere Wunde. Er ist Anhänger frühzeitiger Operation. *Mac Lean* (Wurzen).

Schloffer, H., Über Hernien. (*Chirurg. Klinik, dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klinik **9**, S. 45—49 u. 86—89. 1913.

Abhandlung in Form eines klinischen Vortrages.

Nach Besprechung der Anatomie der Leisten- und Schenkelhernien Erörterung der Differentialdiagnose zwischen äußerer und innerer Leistenhernie und dem Schenkelbruch. (Hinweis auf die selten vorkommende Heilung kleiner Brüche nach dem Tragen eines Bruchbandes infolge Verklebung des Bruchsackes durch den chronischen Reiz). Daran schließen sich differentialdiagnostische Erwägungen zwischen Leistenhernie und Hydrocele, Varicocele, kaltem Absceß, Tumoren des Hodens, Samenstranges und Lig. rotundum, ferner Einklemmung und Torsion des Leistenhodens und traumatischen Hämatomen, während die Schenkelhernie vor allem von dem Varix der V. saphena, dem properitonealen Lipom, vergrößerten Leistendrüsen und dem kalten Absceß zu unterscheiden ist. Schwieriger kann die Differentialdiagnose bei

irreponiblen Brüchen werden (Untersuchung im Liegen!) Erwähnt sei die Erscheinung, daß die Geschwülste des Lig. teres sich manchmal kurz vor oder während der Periode durch Schmerzhaftigkeit auszeichnen. — Von den Komplikationen der Hernien werden die Bruchobstruktion, die Koteinklemmung, die Unterscheidung der Bruchentzündung von der Incarceration und schließlich der Darmwandbruch (Littresche Hernie) besprochen. — Erwähnung der epigastrischen Hernien mit ihren verschiedenen (oft ulcusartigen) Symptomen. — Die Therapie freier und eingeklemmter Hernien soll bei Fehlen von Kontraindikationen (sehr hohes Alter, Hernia permagna usw.) in der Radikaloperation bestehen. Es konkurrieren bei der Leistenhernie die Operationsmethoden nach Czerny, Bassini, Wölfler und Kocher, bei der Schenkelhernie die nach Roux, Schwarz, Trendelenburg u. a. miteinander. Durch lange Vorbehandlung, eventuell mit Bandagen, werden Herniae permagnae oft noch operabel. Auch die Radikaloperation rezidivierter Hernien gibt gute Resultate. — Die häufigen Rezidive nach Operationen von Nabelhernien sind zu vermeiden, wenn man auch die kleinen Brüche nach den radikaleren Methoden von Gersuny oder Graser operiert. — Bei eingeklemmten Hernien ist nur, wenn Koteinklemmung vorliegt, ein vorsichtiger Taxisversuch gestattet, sonst grundsätzlich die Herniotomie zu machen, gegebenenfalls mit primärer, ausgiebiger Darmresektion. *Butzengeiger* (Elberfeld).

Ochsner, A. J., The treatment of hernia in children. (Die Behandlung der Hernie im Kindesalter.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. **5**, S. 127—133. 1913.

Ursachen der Hernie im Kindesalter: Ererbung der Anlage, angeborene Hernie erworbene Hernie durch Erhöhung des intraabdominellen Drucks (Gasansammlung in den Därmen infolge unzweckmäßiger Ernährung, Anstrengung der Bauchpresse infolge von Phimose und Obstipation, Husten, Erbrechen, Trauma, Überanstrengung). Bei etwa 95% aller kindlichen Hernien Spontanheilung durch 6 wöchige strenge Bettruhe bei erhöhtem Fußende des Betts, die Stellung des Betts muß auch noch in den folgenden Monaten während der Nacht beibehalten werden. Geeignete Maßregeln, um eine Erhöhung des intraabdominellen Druckes zu verhüten: Schutz gegen Erkältungen, Regelung des Stuhlgangs, Beseitigung einer Phimose, bei Kindern der armen Klasse Aufnahme ins Krankenhaus. Operation ist nur indiziert bei eingeklemmter oder irreponibler Hernie, ungewöhnlich weiter Bruchpforte, Hydrocele, bei unvollendetem Descensus, wenn keine Spontanheilung eintritt. Hinweis auf die in Betracht kommenden Operationsmethoden. Auch hier soll während der Nachbehandlung das Fußende des Betts erhöht sein. Kleine Kinder müssen unter Umständen im Bett fixiert werden.
Schmidt (Karlsruhe).

Watson, B. P., General peritonitis in gynecological and obstetrical practice. (Allgemeine Peritonitis in der gynaekologischen und geburtshilflichen Praxis.) Canad. journal of med. a. surg. Bd. **33**, Nr. 2, S. 125—133. 1913.

In der Gynaekologie bilden geplatzte Pyosalpingen die häufigste Form der Peritonitis. Die Mortalität ist sehr hoch. Von 91 Fällen (Brickner) starben 54; 35 wurden durch Operation geheilt. (2 fehlen in der Berechnung.) Von 28, welche innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Ruptur zur Operation kamen, starben nur 3. Watson empfiehlt bei starken Verwachsungen den Uterus mit zu exstirpieren, da technisch einfacher. Entfernung der erkrankten Tube allein kann leicht Reinfektion vom Stumpf aus zur Folge haben. Vielfach sind die Tuben bei allgemeiner Peritonitis entzündet, ohne daß sie die Quelle der Infektion bilden. Sorgfältiges Suchen nach dem Ursprung der Eiterung dann notwendig. Peritonitis nach Perforation des Uterus mit Instrumenten erfordert die Operation, ebenso Fälle, in denen die Bauchfellentzündung durch Stieldrehung eines Myoms, eines Ovarialtumors oder des ganzen Uterus bedingt ist. In der Geburtshilfe ist die Peritonitis meistens eine Teilerscheinung der allgemeinen Sepsis. Nach deutschen Untersuchungen (Winter, Zangemeister, Ahlfeld, Rosowsky) finden sich in der Scheide vieler gesunder Wöchnerinnen hochvirulente Keime. Daher größte Zurückhaltung bei Untersuchungen und Operationen geboten. Unsere Hoffnung liegt in der Verhütung! Die Mortalität sehr hoch: in über 20 operierten Fällen (De Lee) nur eine Heilung. Die Diagnose schwer, da die Symptome der Sepsis im Vordergrunde. W. empfiehlt in zweifelhaften Fällen diagnostische Punktion des Abdomens. Die Fälle im Spätwochenbett günstiger, meistens hervorgerufen durch

Gonokokken oder Kolibacillen. Je nach der Lage des Falles abwarten oder Incision von oben oder von der Scheide aus. Die Behandlung der allgemeine Peritonitis besteht in einfacher oder mehrfacher Eröffnung des Abdomens mit kleinen Schnitten, Entfernung der Infektionsquelle und des Eiters. Die Frage des Spülens der Bauchhöhle entscheidet er nach dem Vorschlage von Wilkie: Schnelle mikroskopische Untersuchung des Exsudats. Liegen die Infektionserreger extracellulär und sind die Zellen degeneriert, so wird gespült, im anderen Fall trocken behandelt. Zur Drainage nimmt W. Gummidrains, zum Teil mit Gazefüllung. Er hält die Drainage nach oben für wirksamer und dauernder, als die durch die Scheide, welche nur bei Eiteransammlung im Douglas angewendet werden sollte. Bei Kollaps intravenöse, sonst wiederholte rectale Kochsalzeingießungen. *Mac Lean* (Wurzen).

Desmarest et Masson, Kystes péritonéaux. (Peritonealcysten.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 4, S. 169—170. 1913.

Verff. beschreiben einen Fall von Peritonealcyste, wo der Tumor zum Leistenkanal herausgetreten war und durch ihn auch etwas reponibel war. Operation vom Leistenschnitt aus; Heilung. *Hannes* (Breslau).

Porter, Miles F., A case of tubercular ulceration of the ileum and cecum in which there was no reaction to injections of tuberculin and which was complicated by appendicitis, the tip of the appendix opening into the ileum and the base of the appendix shut off from the cecum. (Fall von tuberkulösem Geschwür des Ileum und Coecum ohne Reaktion auf Tuberkulineinspritzungen und kompliziert durch Entzündung des Wurmfortsatzes, dessen Spitze in das Ileum mündete und dessen Abgang vom Coecum abgeschlossen war.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 3, S. 113—115. 1913.

Das Wesentliche des Inhalts gibt schon die Überschrift. Die Kranke, hereditär belastet, hatte ein halbes Jahr zuvor einen Anfall von Blinddarmentzündung überstanden und chronische Beschwerden (Aufstoßen nach den Mahlzeiten) zurückbehalten. Länglichrunde Resistenz im rechten Unterbauch, Ausbleiben jeglicher Reaktion auf 5 und 10 mg Alttuberkulin ließen die Diagnose auf Appendicitis stellen; die Operation ergab den in der Überschrift schon gegebenen Befund und führte durch Darmresektion (mit Seit-zur-Seit-Anastomose) zur Heilung. In der anschließenden Diskussion wurde das Ausbleiben der Tuberkulinreaktion damit erklärt, daß der Prozeß schon zu weit vorgeschritten gewesen wäre. *Schrader* (Berlin-Steglitz).

Veau, Victor, Énorme prolapsus du rectum chez un enfant de 15 mois guéri très facilement par le cerclage de l'anus. (Enormer Rectumprolaps bei einem Kinde von 15 Monaten, sehr leicht geheilt durch ringförmige Verengerung des Anus.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. **15**, Nr. 4, S. 222—226. 1913.

Konservative Behandlung hat versagt; Operation nach Thiersch mit Silberdraht. Trotzdem solche Prolapse bei sorgfältiger aber mühsamer und zeitraubender konservativer Behandlung meist heilen, empfiehlt Veau von der Operation häufiger Gebrauch zu machen, weil sie leicht ausführbar, sehr schonend und ohne jeden Blutverlust durchzuführen ist. *Mathes.*

Weinbrenner, Circumskriptes Carcinoma adenomatosum cylindro-eptheliale der Flexura sigmoidea. (Med. Ges., Magdeburg, Sitzg. v. 27. II. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 22, S. 1232. 1913.

40jährige Frau. Diagnose schwierig, da die Symptome wenig ausgesprochen waren. Die Darmschlingen waren durch alte perimetritische Prozesse im Genitalgebiet adhärent, und das Carcinom täuschte durch die deutliche Verbindung mit der rechten Kante des nach links und hinten verlagerten Uterus einen Tumor des Ovars dieser Seite vor. Resektion der Flexur. Heilung. Verf. hat 4 Fälle beobachtet, in denen die Differentialdiagnose Schwierigkeiten machte; meist lagen bei Verwachsungen des Darms Verwechslungen mit ovariellen Neubildungen nahe. *E. Runge* (Berlin).

Stirling, G. L., Intestinal obstruction. Report of a case. (Intestinaler Verschluß.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. 65, Nr. 10, S. 749—751. 1913.

Bericht über einen Fall von Adhäsionsileus einige Jahre nach einer Laparotomie. Geheilt durch Laparotomie, Adhäsionslösung und Enterostomie. *Hannes* (Breslau).

Toussaint, H., Obstruction intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse et dysentérique. (Darmverschluß bei tuberkulöser und dysenterischer Bauchfellentzündung.) Caducée Jg. **13**, Nr. 9, S. 117. 1913.

Kasuistische Mitteilung je eines einschlägigen Falles. *zur Verth* (Kiel).

Ach, Fascientransplantation zum Zwecke der Rectopexie und Nephropexie. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Bei der Rectopexie geht Ach dermaßen vor, daß er mittels suprasymphysären Querschnittes bei Beckenhochlagerung und starkem Anziehen des Colon pelvinum den Douglas freilegt. Nach Incision des Peritoneums mobilisiert er ringsherum das Rectum sehr weit nach unten bis in die Nähe des Sphincters, außerdem dringt er weit zwischen Scheide und Rectum nach unten vor. Nun entnimmt er dem Oberschenkel einen etwa 25 cm langen, 8 cm breiten Lappen der Fascia lata und überträgt ihn als Fixationsmaterial für das Rectum und die Vagina. Der unten längsgespaltene Lappen wird mit dem einen Streifen hinten um das Rectum fast zirkulär herumgeführt und mit einer größeren Anzahl von Nähten am Rectum fixiert. Der andere Streifen wird vorn zwischen Rectum und Vagina weit nach unten gebracht und mit seinen freien Rändern zunächst am Rectum und dann auch an der oberen Hälfte der Vagina fixiert. Um Adhäsionen vorzubeugen, wird der Fascienlappen extraperitoneal gelagert, und zwar derart, daß das Peritoneum nach Herauspräparieren und Zurücklagern des rechten Ureters durch das rechte Ligamentum latum bis zum horizontalen Schambeinast unterminiert wird. Hier wird nun der Fascienlappen, nachdem durch starkes Anziehen desselben Rectum und Vagina so weit als möglich nach oben gezogen sind, mit einer Reihe von Kopfnähten am Cooperschen Ligament fixiert. Der freistehende Rand wird nun abermals extraperitoneal in die Bauchdeckenwunde verlagert und hier an der Muskulatur mit Nähten fixiert. Nach dieser Methode hat A. vor einem $^3/_4$ Jahre eine Patientin mit hochgradigem Mastdarm- und Scheidenprolaps operiert. Der Fascienlappen heilte glatt ein und ist die Patientin trotz des außerordentlich erweiterten geschwächten Beckenbodens rezidivfrei. Zum Zwecke der Nephropexie hat A. ebenfalls als Fixationsmaterial einen Fascienlappen verwendet. Der Gang der Operation war folgender: Freilegen der Niere mit Simonschem Lendenschnitt und Luxation derselben. Hierauf wird an der vorderen wie an der hinteren Fläche der Niere eine etwa 7 cm lange Incision durch die Capsula fibrosa angelegt und die Capsula fibrosa stumpf von dem Nierenparenchym von einer Incision über die Konvexität der Niere zur anderen Incision abgelöst. Einen ca. 20 cm langen und 6 cm breiten dem Oberschenkel entnommenen Fascia-lata-Lappen zieht man nun von einer Incision zur anderen unter der Capsula fibrosa hindurch und vernäht die beiden Incisionen, indem man hierbei gleichzeitig den Fascienlappen mit jeder einzelnen Naht zweimal durchsticht. Als Endresultat hat man nun die in ihrem Capsulafibrosasack vollständig eingehüllte Niere mit einem derben vorderen und hinteren Zügel, die sich zur Fixation sehr gut eignen. Nach Reposition der Niere werden diese Zügel an das tiefe wie an das oberflächliche Blatt der Fascia lumbodorsalis fixiert. A. hatte bis jetzt Gelegenheit, bei 10 Patienten die erwähnte Methode durchzuführen. Die ersten Operationen liegen schon fast zwei Jahre zurück. Die Fascienlappen heilten in allen Fällen glatt ein. Der operative Erfolg ist in allen 10 Fällen ein vollständiger, es wurde keine Niere mehr mobil, der kurative Erfolg ist in allen bis auf einen Fall vorhanden, hier handelte es sich um eine Hysterica, die zwar eine Besserung zugibt, aber nicht geheilt ist. Selbstbericht.CH

Groedel, Franz, The influence of various contrast substances on the motility of the intestinal canal. (Der Einfluß der verschiedenen Kontrastsubstanzen auf die Peristaltik des Darmkanals.) Arch. of the Röntgen ray Bd. **17**, Nr. 11, S. 420—422. 1913.

Groedel gibt dem Baryumsulfat bei Röntgenaufnahmen von Magen und Darm vor allen anderen Mitteln den Vorzug; denn es gibt genügend Aufschluß über die physiologischen Bewegungen von Magen und Darm, es ist billig, sein Geschmack ist nicht unangenehm, es regt auch Peristaltik an, so daß man damit Zeit sparen kann. *Vogt* (Dresden).

Schmieden, Zur operativen Behandlung der schweren Obstipation. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Unter den zahlreichen, nach Ätiologie und klinischem Befund verschiedenen Formen der chronischen Obstipation bieten diejenigen eine günstige Prognose, bei welchen man durch vorherige exakte Röntgenuntersuchung Sitz und Ursache genau ermitteln und eine logisch begründete Operation ausführen kann. Vortr. kann die interessante Beobachtung eines Falles mitteilen, bei dem es sich um eine Mischform von schwerer, über das ganze Kolon ausgedehnter Atonie und mäßiger Dilatation (im Sinne Stierlins) mit angeborener enormer Verlängerung der Dickdarmmesenterien handelte; der Zustand hatte zu schwerster, seit früher Kindheit begonnener und schließlich unerträglicher Funktionsstörung geführt. Die Röntgenuntersuchungen zeigten, daß die großen und die kleinen Kolonbewegungen nur äußerst schwach vorhanden waren, und daß der hauptsächlichste, tagelange Aufenthalt der Kotmassen im Kolon transversum stattfand. Vortr. demonstriert die radiologische Funktionsprüfung vor

und nach der Operation und erörtert die Beziehungen des Leidens zur Hirschsprungschen Krankheit. Da bei diesen Fällen eine kausale operative Therapie unmöglich ist, so muß man sich mit Anlegungen neuer Passagewege behelfen; die Pointe solcher Obstipationsoperationen ist es, später Rückstauungsbeschwerden unmöglich zu machen. Zur Erreichung dieses Zweckes hat Vortr. im vorliegenden Falle mit vortrefflichem Erfolge eine doppelte Anastomosierung ausgeführt, erstens zwischen den Fußpunkten der enorm verlängerten Flexura sigmoidea und zweitens zwischen dem Colon transversum und der Kuppe der Sigmaschlinge. (Demonstration der vorhandenen Verhältnisse und der Operationstechnik an Projektionsbildern.) Selbstbericht.[CH]

Corner, Edred M., The diagnosis of the acute abdominal conditions of children. (Diagnose akuter Erkrankungen des Abdomens im Kindesalter.) Practitioner Bd. **90**, Nr. 5, S. 798—803. 1913.

Den Löwenanteil nehmen die Intussusceptionen und Appendicitiden ein, und zwar überwiegen die ersteren, im Gegensatz zu den Erkrankungen bei Erwachsenen, bedeutend. In einer Zusammenstellung aus dem St. Thomas-Hospital betrugen sie zusammen 91%, von denen bei den Kindern unter 4 Jahren die Mehrzahl auf die Intussusception und nur 18% auf den Appendix, bei den Kindern über 4 Jahren umgekehrt nur 5% auf die Intussusception fielen. Darmverschlüsse aus anderen Ursachen betrugen 3%, Peritonitiden (Gonorrhöe, Pneumokokken) 3,5% der Fälle. Nicht zu vergessen ist, daß eine Bronchopneumonie gerade im Kindesalter auf reflektorischem Wege leicht eine abdominelle Erkrankung vortäuschen kann. Schließlich betont Verf. den Wert der rectalen Untersuchung und warnt davor, sich bei Kindern, die leicht hoch fiebern und hohe Pulsfrequenz zeigen, nach dem ersten Eindrucke zu einer Operation zu entschließen. *Stettiner* (Berlin).[CH]

Wagner, Jerome, Pruritus ani. (Pruritus Ani.) Med. rev. of rev. Bd. **19**, Nr. 5, S. 322—328. 1913.

Ätiologie: Äußere Ursachen: Pedikuli, Ekzem, Herpes, Erythema, Parasiten. Lokale: Fisteln, entzündete Krypten, Fissuren, Ulcerationen, Fremdkörper, Verstopfung, Enge des Sphincter, Cestoden, Neubildungen, Gonorrhöe, Syphilis. Konstitutionelle: Rheumatismus, Gicht, Diabetes, Hepatitis, besondere Nahrung (Stachelbeeren, Schaltiere, Konfitüren), Tabakmißbrauch, Exzesse. Auf Reflexen beruhende: Phimosis, Urethrastrikturen, Prostatavergrößerung, Blasensteine, Gravidität, Uterusleiden, Gallensteine, Scheidenausflüsse. Das Zusammentreffen von Pruritus ani und Erkrankungen des unteren Rectums erklärt sich aus ihrer gemeinsamen Nervenversorgung (n. haemorrhoidales inf.). Pathologisch unterscheidet sich die hyperämische oder ekzematöse von der neurotischen oder atrophischen Form. Betreffs der Symptome betont Tuttle, daß hypersensible Hysteriker weniger unter ihnen leiden. Therapie: Gegen Fadenwürmer Einläufe von Quassia, Kalkwasser, unter größter Reinhaltung der Hände. Gegen alle Rectalerkrankungen Exstirpation, Excision, Paquelin. Gegen die Dermatitis: schwarze Seife, Karbolsäure mit Salicyl und Glycerin, Jodtinktur, Silbernitrat, unteressigsaures Blei, Teeröle, Kalmuswurzel. Operative: Sphincterdehnung, Excision von Hautfalten oder der ganzen Analhaut, Curettage derselben, subcutane Durchtrennung der Analhautnerven von 2 Incisionen beiderseits der Rectalmündung. Autor hält die von Murray beschriebene Form des „echten Pruritus" mit bakteriologischem Nachweis von Streptococcus fecalis und Möglichkeit der autogenen Vaccinetherapie für selten, plädiert jedoch für bakteriologische Untersuchung jedes hartnäckigen Falles. *Mohr* (Berlin).

Harnorgane:

Graser, Klinische Betrachtungen über Nerveneinflüsse auf die Nierensekretion. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Er betont, daß trotz aller Fortschritte der höheren Nierendiagnostik ein Bedürfnis bleibt, auch einfachere Hilfsmittel als Diagnose auszubauen. Bei den bekannten Schwierigkeiten der Feststellung, ob eine Reihe von unklaren Beschwerden im Abdomen überhaupt auf die Niere oder ein anderes Organ zu beziehen sind, hat sich ihm ein

einfaches Hilfsmittel als wertvoll erwiesen. Bei einer großen Reihe besonders einseitiger Nierenerkrankungen (schwerere Fälle von Wandernieren, Steinerkrankungen, Tumoren, Tuberkulose) hat er gefunden, daß die einzelnen Urinportionen, wie sie von den Patienten gelassen wurden, sehr auffallend regellose Schwankungen im spezifischen Gewicht aufwiesen, die sich nicht nur durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Verdünnungen erklären lassen. Aus Kontrollversuchen hat sich ergeben, daß unter normalen Verhältnissen in der Regel die Schwankungen nicht mehr als 10 Einheiten betrugen und daß Differenzen von 15 Einheiten von der einen Portion zur anderen doch immer stutzig machen müssen, ob hier nicht besondere Einwirkungen einer kranken Niere auf die Sekretion stattfinden. Bei einem Fall von einseitiger Nierentuberkulose mit Verschluß des Ureters konnte Graser nachweisen, daß die vorher sehr starke Verschiedenheit in der Konzentration nachher nach der Entfernung der kranken Niere einer auffallenden Gleichmäßigkeit Platz machte. Er hält daher auch die nächstliegende Erklärung, daß der dünne Urin durch starke Beteiligung der kranken Niere entsteht, für falsch und glaubt vielmehr die merkwürdigen Schwankungen auf fördernde oder hemmende Nerveneinflüsse, die von der kranken Niere auch auf die gesunde einwirken, zurückführen zu müssen. Er bespricht die anatomischen und physiologischen Verhältnisse, soweit sie bekannt sind und betont namentlich die Häufigkeit der Reflexe im Experiment und in klinischen Beobachtungen. Man muß sich aber heute noch mit Allgemeinausdrücken von „Nerveneinflüssen", „Schädigung", „Überempfindlichkeit" begnügen, da uns diese Gebiete noch nahezu unzugänglich sind. Zum Schlusse verweist G. auf den Beginn einer exakten Aufklärung, wie dies die Studien eines seiner Schüler eingeleitet haben. Selbstbericht.[CH]

Strachauer, A. C., The diagnosis of kidney tuberculosis. (Die Diagnose der Nierentuberkulose.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 1, S. 14—19. 1913.

Kurzer Überblick über die Pathogenese und Symptomatologie der Nierentuberkulose mit Beziehung auf die Diagnose und die frühe Erkennung dieses nicht so seltenen Leidens. Die Cystoskopie insbesondere die Betrachtung der Uretermündungen werden als äußerst wertvoll bezeichnet. Von den funktionellen Methoden zur Nierendiagnostik werden Indigocarmin, Phloridzin und die Kryoskopie empfohlen. Tuberkelbacillen werden mitunter erst nach öfteren Untersuchungen gefunden. In der Diskussion betont Marx White, daß gelegentlich Eiter im Urin fehlen kann, William Chowning, daß die Tuberkelbacillen fehlen können. Farr empfiehlt zur Diagnose außer Cystoskopie und Ureterkatheterismus auch die Tuberkulinprobe sowie Phenolsulphonphthalein. Andrews hat den Harrisschen Segregator öfter mit Erfolg gebraucht, hält aber den Ureterkatheter für einfacher. Rees empfiehlt alle möglichen diagnostischen Methoden systematisch anzuwenden, wie er es bei Zuckerkandl in Wien gesehen hat. Der Ureterkatheterismus ist eine der Hauptmethoden zur Diagnose. Eustermann teilt mit, daß man in Rochester Tuberkulin nicht gerne gebraucht, dafür aber Radiographie und Cystoskopie, Temperaturmessung. Insbesondere wertvoll ist das Collargolbild bei der Pyelographie. Strachauer (Schlußwort). Die direkte Cystoskopie (im Tubus) genügt nur für den Blasenboden, viel leistungsfähiger ist die indirekte Cystoskopie nach Nitze.

Knorr.

Guiteras, Ramon, Some aspects of renal surgery. (Einige Betrachtungen über Nierenchirurgie.) Canada Lancet Bd. **46,** Nr. 9, S. 652—660. 1913.

Es wurden Bilder von 3 unilateralen und 3 ektopischen Nieren, von 2 Fällen von Nierenruptur, von Hydronephrosis, Nephrolithiasis, Cystennieren, einer Hydatidencyste und von malignen Tumoren (Sarkom, Carcinom und Hypernephrom) demonstriert und die Pathologie und Chirurgie besprochen. *Weibel* (Wien).

Baetzner, Schicksal der Nephrektomierten. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

An der Chir. Univ.-Klin. Bier's konnte er aus den Jahren 1901 bis 1912 im ganzen 102 Nephrektomien zusammenstellen. Davon entfallen 16 auf die Jahr-

gänge 1901—1907, 86 auf die Jahrgänge 1907—1912. 9 Patienten sind in direktem Anschluß an die Operation gestorben. — Von den übrigen 93 Einnierigen kann er zurzeit über 91 berichten. 28 sind an interkurrenten Krankheiten gestorben, 3 an Urämie. Hiervon $1^1/_2$ nach Nephrektomie wegen Hydronephrose. Der Patient hatte auch einen inkompensierten Herzklappenfehler. Die beiden anderen 1 resp. 2 J. nach der Nephrektomie einer Pyonephrose infolge sekundärer aufsteigender eitriger Nephritis des Ges.-S. Es leben somit von 100 Nephrektomierten zurzeit 60. Die ungünstigsten Verhältnisse zeigen die Tumoren. Alle 18 übrigen Fälle sind gestorben an lokalem Rezidiv oder an Metastasen. Es handelt sich ausschließlich um schwere, weit vorgeschrittene analysierte Fälle. Sehr günstige Resultate ergeben die übrigen Erkrankungen; im besonderen die einseitigen Nierenerkrankungen, die Hydronephrosen und die akuten Niereneiterungen, die mit ganz wenigen Ausnahmen alle leben. Sehr ermutigend sind die Dauerresultate bei der Tuberkulose: Von 27 leben 20. 6 sind an allgemeiner Tuberkulose, 1 an Miliartuberkulose gestorben. 14 sind klinisch vollkommen gesund und arbeitsfähig, 6 haben cystische Beschwerden. Auch hier handelt es sich ausschließlich um schwerste Formen, nur 2 Frühfälle sind dabei. Die statistischen Erhebungen unserer Klinik, auf deren Einzelheiten ich nicht eingehen kann, haben gezeigt, daß wir mit unseren modernen funktionellen Untersuchungsmethoden sowohl bezüglich der Diagnose wie der operativen Indikationsstellung der chirurgischen Nierenerkrankungen mit jedem Jahr wesentliche Fortschritte gemacht haben. Selbstbericht.[CH]

Tietze, Schicksal der Nephrektomierten. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Vortr. betont, daß nach Nephrektomie weiblicher Personen möglichst die Gravidität zu vermeiden sei, da er die Schädigung der Niere durch Ureterkompression auf Grund von experimentellen Untersuchungen befürchtet. *Katzenstein* (Berlin).[CH]

Speese, John, Perirenal haematoma. (Perirenales Hämatom.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 5, S. 571—576. 1913.

43jähriger Mann, bis auf Gonorrhöe stets gesund. Kein Trauma. Im Anschluß an eine Erkältung Schüttelfrost, Übelkeit, Schmerzen in Armen und Beinen. Urin enthält Eiweiß, Zylinder, rote und weiße Blutkörperchen. 5 Tage später Schmerzen in der rechten Nierengegend. Rechte Niere palpabel und druckempfindlich. Prostration, Blässe, schneller Puls. Ureterenkatheterismus ergibt keinen wesentlichen Befund. 14 Tage nach Beginn der Erkrankung in Hinsicht auf die unsichere Diagnose Probelaparotomie. Tumor um die rechte Niere, daher Bauchwunde geschlossen, extraperitoneale Freilegung der Niere. Durchblutung der Fettkapsel, sehr erhebliche Blutmassen zwischen Parenchym und Capsula fibrosa. An der Außenfläche der Niere ein 3 cm langer Riß, mit geronnenem Blut gefüllt. Nephrektomie. Die mikroskopische Untersuchung ergibt chronische interstitielle Nephritis mit kleinen circumscripten Nekrosen.

Verf. bespricht an der Hand von 21 weiteren aus der Literatur zusammengestellten Fällen Ätiologie, Symptomatologie, Therapie. Schlußsätze: 1. Perirenale Blutung ist bedingt durch Tuberkulose, Absceß oder Tumoren der Niere, Nekrose der Nebenniere, Trauma, gelegentlich Hämophylie. Die spontane Blutung ist wahrscheinlich auf chronische Nephritis zurückzuführen. 2. Charakteristische Symptome sind: plötzliche Schmerzen, Zeichen innerer Blutung, retroperitonealer Tumor. 3. In $^1/_3$ der Fälle tritt Hämaturie mäßigen Grades auf. Die funktionelle Prüfung ergibt Verminderung der sekretorischen Kraft der Nieren. 4. Die häufigste Fehldiagnose ist Ileus oder paranephritischer Absceß. 5. Der Verlauf ist bei therapeutisch unbeeinflußten Fällen rasch. Der Tod tritt ein durch Blutung, Infektion oder Lungenkomplikationen. 6. Innere Behandlung ist überall ohne Erfolg geblieben. 7. 10 von 16 operierten Fällen sind geheilt (62%). Die Mortalität unter allen 21 Fällen (chirurgische und innere Behandlung) beträgt 52,5%. *Liek* (Danzig).

Jardine, Robert, and Alex. Mills Kennedy, Three cases of symmetrical necrosis of the cortex of the kidneys associated with puerperal eclampsia and suppression of urine. (Drei Fälle von symmetrischer Nekrose der Nierenrinde ver-

bunden mit puerperaler Eklampsie und Anurie.) Lancet Bd. **184**, Nr. 19, S. 1291—1295. 1913.

Jardine beschreibt das klinische Bild der im Titel gekennzeichneten Fälle, von denen er im ganzen 6 bisher gesehen hat. Von den beschriebenen Fällen hatte keine Patientin ausgetragen (9 p. im 7. Monat, 2 p. im 8. Monat — Zwillinge —, 1 p. im 5 Monat). In allen Fällen bestand längere Zeit vor dem Tode beträchtliche Oligurie bzw. vollständige Anurie. Die Prognose in all diesen Fällen ist hoffnungslos, da durch keine Behandlung die verlorene Nierenrindensubstanz ersetzt werden kann; deshalb auch Dekapsulation zwecklos. Kennedy gibt einen ausführlichen Bericht über den pathologisch-anatomischen Befund. Er fand in allen Fällen ausgedehnte Thrombosen der Rindengefäße und neigt der Ansicht zu, daß die Thrombose in den kleineren Rindenarterien im Gefolge der Nekrose der Nierenzellen auftritt, die wiederum bedingt ist durch das eklamptische Gift. *Colmers* (Koburg).

Apert, Lemaux et Guillaumot, Rein gauche avec uretère double. (Linke Niere mit doppeltem Ureter.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 4, S. 171—172. 1913.

Bei der Sektion eines jungen Mannes wurde an der linken Niere ein überzähliger Ureter gefunden. Dieser Ureter bestand in seinem Anfangsteile aus drei Ästen, die nach Verlauf von einigen Zentimetern zu einem — dem überzähligen Ureter — sich vereinigten. Der eine Ast nahm seinen Ursprung im Nierenbecken selbst, die beiden anderen auf der Vorderfläche der Niere, und zwar der eine hiervon ganz nahe der Nierenkonvexität. Eine jede von diesen beiden Ursprungsstellen war leicht vertieft und von einer Kapsel ausgekleidet, so daß es den Anschein hat, daß ein jeder Ast seinen besonderen Hilus hat. Über die Einmündung dieses überzähligen Ureters in die Blase ließ sich nicht mehr aussagen, da bei der Sektion der Ureter oberhalb der Blaseneinmündungsstelle durchtrennt wurde; doch nehmen Verff. an, daß er sich mit dem Hauptureter dieser Seite vor der Einmündung in die Blase vereinigte. *Keller.*

Moos, Fall von Ureterstein. (Gynaekol. Ges., Breslau, Sitzg. v. 11. II. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynäkol. Bd. **37**, H. 5, S. 705. 1913.

53jährige Frau, vor 3 Jahren Uterusexstirpation wegen klimakterischer Blutungen. Schmerzen in der Blase und Harnröhre. Aus dem linken Ureterostium ragt ein erbsengroßer Stein, per vaginam ist noch ein größeres Kongrement im distalen Ureterabschnitt zu tasten. Nach Kolpocystotomie wird der Stein aus dem Ostium in die Blase gedrückt und entfernt. Primäre Heilung. *Zinsser* (Berlin).

McDonald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 2. The treatment of cystitis in women, with remarks on the practical value of the cystoscope. (Die Behandlung der Cystitis bei der Frau, mit Bemerkungen über den praktischen Wert der Cystoskopie.) Americ. med. Bd. **19**, Nr. **3**, S. 150 bis 157. 1913.

Nur durch die Cystoskopie ist eine exakte Diagnosenstellung der Cystitis und eine wirklich kausale Therapie ermöglicht, die den Sitz der Entzündung berücksichtigt und schwere Nierenaffektionen sowie Erkrankungen der Nachbarorgane der Blase erkennen und behandeln lehrt. Hinweis auf die Häufigkeit der weiblichen Cystitis, besonders der chronischen Trigonitis, auf deren Entstehung aus einfacher chronischer Kongestion, bei der die Anatomie der arteriellen Versorgung eine wichtige Rolle spielt, auf die pathologische Anatomie, auf die Einflüsse der Schwangerschaft, auf die ursächliche Rolle der gynaekologischen Affektionen und der operativen Gynaekologie. Hinweis auf die Bedeutung der sklerosierenden Vulvitis mit folgender Verengerung der Harnröhre, auf die Wichtigkeit der Lues, auf die chronische atrophierende Cystitis. Betrachtungen über die Nieren-Blasen-Tuberkulose und den Bacillennachweis durch verschiedene Anreicherungsmethoden. Für die Therapie empfiehlt Verf. zunächst zur einfachen Reinigung an Stelle der Borsäure das Natriumbicarbonat, das Schleim, Eiter und Eiweiß-Substanzen besser löst; von den danach anzuwendenden keimtötenden Mitteln hat er alle erdenklichen ausprobiert, empfiehlt besonders Chinin. bisulphuric. (1 : 3000—1 : 1000), Antipyrin, Argent. nitric. und kolloidale Silbersalze alternierend mit Hydrogen. peroxydat. Für die direkte Applikation auf Ulcerationen und lokalisierte Entzündungsherde wendet er Argent. nitric. und Protargol an einer Metallsonde oder einem Wischer an. Zur Beruhigung nach starker Reizung empfiehlt er Olivenöl oder ein besonderes Gelee Irischen Mooses. Bei der Behandlung des einzelnen Falles werden die verschiedenen Methoden je nach Bedarf kombiniert. Zum Schlusse geht Verf. noch auf interne Medikamente und verschiedene Wässer ein. *Kneise* (Halle a. S.).

Lévy-Bing, Alfred, et Louis Duroeux, Syphilis de la vessie. (Syphilis der Blase.) Ann. des mal. vénér. Jg. 8, Nr. 4, S. 241—262. 1913.

Die Beobachtungen der Verff. lassen sich in folgendem zusammenfassen: 1. Die luetischen Erscheinungen in der Blase können für sich existieren oder mit anderen Veränderungen auf der Haut, Schleimhäuten usw. zusammentreffen; 2. ein Fall von Schanker der Blase ist bis jetzt nicht bekannt; 3. die syphilitischen Veränderungen in der Blase bieten keine besonderen Symptome dar, sondern nur dieselben subjektiven Erscheinungen, wie bei anderen Blasenerkrankungen, Schmerzen, Harndrang, Retention, Hämaturie, auch der Urinbefund läßt nichts Spezifisches erkennen; 4. die Erscheinungen der sekundären Syphilis spielen sich in der Schleimhaut ab, als ein mehr oder minder lokalisiertes Exanthem, oder als Ulcerationen mit dem Charakter der „plaques muqueuses"; 5. die tertiäre Lues bietet sich als Ulceration oder als papillomatöser Tumor dar. Die Ulcerationen können auf die Muscularis übergreifen und Perforationen herbeiführen, die mit Peritonitis oder Vesicointestinalfisteln einhergehen; 7. Heilung erfolgt meist schnell bei antiluetischer Kur; 8. man soll bei Ulcerationen der Blase stets an Lues denken und, wenn andere Erscheinungen am Körper fehlen, im Zweifelsfalle die Wassermannsche Reaktion versuchen. *Wiemer* (Herne).

Josef, Cystoskopische Bilder von Bilharzia der Blase. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Man sieht die Bilharziaeier und Granulationstumoren in der Gestalt des Champignons sowie ulceriert in Erdbeerform. CH

Hirschberg, A., Über einen seltenen Sitz von Ligatursteinen der weiblichen Harnblase. (*Klin. u. Poliklin. f. Frauenkrankh. Prof. W. Nagel, Berlin.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, Nr. 3, S. 100—102. 1913.

Der Sitz der Blasensteine ist im allgemeinen der Blasenboden oder die Blasenwand. Hirschberg berichtet über einen Fall, wo bei einer vaginaloperierten Frau Nähte durch Blase und Scheidenwand gelegt worden waren; es bildete sich eine Fistel und der herabrieselnde Urin inkrustierte an den in der Scheide gelegenen Teilen der Nähte zu Steinen. Nach Entfernung der Steine und Fäden schloß sich die Fistel spontan. *Hannes* (Breslau).

Asch, Neubildung einer Harnröhre. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 11. II. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. 37, H. 5, S. 699—701. 1913.

Komplizierte, individualisierende Methode, die im Original nachgelesen werden muß. *Zinsser* (Berlin).

Moos, Blasenscheidenfistel mit Blasenstein. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 11. II. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. 37, H. 5, S. 703—704. 1913.

67jährige Frau, Fistel vor 30 Jahren im Anschluß an Partus entstanden. Enger, narbiger Scheidenblindsack, von Genitalien nichts zu tasten. Kleine Fistel im linken seitlichen Laquear. Urin stark eiterhaltig, Katheter stößt auf einen Stein. Scheidendammincision, Anfrischung und Naht der Fistel, Entfernung des Steines durch Scheidenblasenschnitt. Heilung. *Zinsser.*

Voelcker, Demonstration von Pyelographien. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26.—29. III. 1913.

Die Ureteren werden durch schattengebende Katheter markiert. Das Nierenbecken in einzelnen Fällen durch Aufrollung des Katheters, in anderen durch Kollargolinjektion. Interessant sind zwei Fälle von Insuffizienz des Ureterverschlusses, von denen der eine mit Verdoppelung des einen Ureters. Bei Verschluß der Harnröhren und Aufforderung, Harn zu lassen, injizieren diese Kranken selbst von der Blase aus Ureteren und Nierenbecken, so daß die kongenitale Erweiterung des ganzen Harnapparates sichtbar wird. *Katzenstein* (Berlin).CH

Mamma:

Ritter, Zur Prognose des Cystadenoma mammae. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 15. III. 1913). Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. 37, H. 5, S. 679—680. 1913.

Während das Cystadenoma mammae im allgemeinen als gutartig angesehen wird, hat Ritter folgende Beobachtung machen können: Im Anschluß an die Entfernung

beider Brüste wegen Cystadenoms entwickelte sich ein Carcinom in der Achselhöhle, das jetzt rezidiviert. In dem Cystadenom war seiner Zeit nichts von Carcinom mikroskopisch gefunden worden. R. glaubt für diesen auffallenden Verlauf folgende Erklärung geben zu können: Bei 7 operierten Fällen von Cystadenom konnte R. stets in der Achselhöhle Lymphdrüsen nachweisen, die sich als unfertige, in der Entwicklung begriffene Gebilde charakterisierten, wie sie sich, zuerst von R. beschrieben, nur beim Carcinom der Brustdrüse finden. Das Vorkommen dieser Gebilde auch beim Cystadenom legt die Wahrscheinlichkeit nahe, daß das Cystadenom, so gutartig es auch im allgemeinen sein mag, doch Eigenschaften mit den bösartigen Geschwülsten gemein hat, die das Entstehen eines Carcinoms nach der Entfernung eines solchen anscheinend gutartigen Tumors verständlich machen. R. rät daher dringend, in jedem Fall von Cystadenoma mammae die Exstirpation der regionären Lymphdrüsen vorzunehmen. *Zinsser.*

Tourneux, J. P., Cancer psammeux du sein (psammo-carcinome). (Psammo-Carcinom der Brustdrüse.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Bd. **88**, Nr. 4, S. 203—204. 1913.

Es sind bisher in der Literatur nur 4 Fälle von Psammom der Brustdrüse verzeichnet. Tourneux hat einen fünften Fall beobachtet.

47jährige Frau hat vor 2 Jahren in der linken Brust einen harten, beweglichen, nicht schmerzenden Tumor beobachtet, der ihr exstirpiert wurde. Nachdem sie 13 Monate rezidivfrei geblieben war, entstand in der Narbe von neuem eine bald bis zur Hühnereigröße wachsende schmerzende Geschwulst. Dieselbe war beweglich auf der Unterlage, die Haut nicht mit ihr adhärent, die Warze nicht eingezogen. Es gingen verdickte Stränge in die Umgebung, und in der Achselhöhle waren einzelne harte Drüsen vorhanden. Mammaamputation und Ausräumung der Achselhöhle. Mikroskopisch handelte es sich um ein Drüsencarcinom mit zahlreichen 25—60 μ großen Psammomkörnern, die aus Kalk bestanden und im Innern Zellreste enthielten. Derselbe Befund in den von Metastasen ergriffenen Achseldrüsen. *Lamers.*

Kronheimer, Mammacarcinom. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 9. I. 1913). Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1179. 1913.

68jährige Frau, operiert nach dem neuen Verfahren von Zeller. Hierbei ergab sich eine nicht unwesentliche Komplikation, eine Arsenvergiftung. Die Arsenzinnoberpaste war genau nach den Angaben Zellers hergestellt und verwandt worden. Ende der zweiten Woche schwerste Arsenvergiftung. Patientin mehrfach dem Tode nahe. Vergiftung machte auch nach Entfernung des Verbandes nicht halt, da sehr viel Arsen in den Tumor eingedrungen war. Verf. verwandte dann Liq. Alum. acet. zu Umschlägen, der zu einer Abstoßung des Tumors viel beitrug. 6 Wochen nach Beginn der Behandlung konnte der Tumor mit viel Nachbargewebe herausgehoben werden. Es besteht zurzeit großes Ulcus mit guten Granulationen. Geringe Reste der Arsenvergiftung in Form von Parästhesien der Hände und Füße.

E. Runge (Berlin).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Fromme, Die Beziehungen der Erkrankungen des Herzens zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (*Univ.-Frauenklin. der Kgl. Charité, Berlin.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol., Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Die Beziehungen zwischen Generationsvorgängen und normalem Herzen sind durch die verschiedensten Arbeiten einer gewissen Klärung entgegengeführt worden. Es scheint danach sicher zu sein, daß die Lehre von der Hypertrophie und der Dilatation des Herzens bei normalen Schwangeren heute nicht mehr aufrechterhalten werden kann; die dafür beigebrachten anatomischen und klinischen Beweise sind nicht ausreichend. Dagegen kann als sicher angenommen werden, daß das Herz während der Schwangerschaft und Geburt lediglich durch die Tätigkeit und die Masse der Körpermuskulatur beeinflußt wird, die ja durch das Wachstum des graviden Uterus vermehrt wird. Es kann also eine Erstarkung des Herzens während der Gravidität wohl angenommen werden, wenn auch sichere Beweise bis jetzt fehlen. Trotzdem sind die Herzen normaler Gravider abnorm leicht, und das ist dadurch zu erklären, daß die Zunahme des Körpergewichts in der Schwangerschaft mehr durch stärkeren Ansatz von Fett als durch Ansatz von Muskulatur bewirkt wird. Man hatte zur Erklärung der

Mehrarbeit des Herzens während der Schwangerschaft weiter früher eine Vermehrung der Blutmenge angenommen. Durch neuere Arbeiten ist das in Frage gestellt. Man kann aber als sicher bewiesen annehmen, daß der Blutdruck in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ansteigt, sich der oberen Grenze des Normalen nähert, ja diese überschreiten kann, daß während der Geburt starke Blutdruckschwankungen auftreten, die von den einzelnen Geburtsphasen unabhängig sind. Es müssen also dem Herzen während dieser ganzen Zeit stärkere Ansprüche zugemutet werden; die Herzarbeit muß eine vermehrte sein. Charakteristische Veränderungen des Pulses sind während der Schwangerschaft nicht zu finden. Dagegen kommt bei 20% aller Wöchnerinnen eine Bradykardie vor, die sich häufig mit respiratorischer Arhythmie vergesellschaftet. Zur Erklärung der Gefährlichkeit der Komplikation von Herzerkrankungen mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett muß heute der Zustand und die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels neben der Schwere der Klappenerkrankung für den günstigen oder ungünstigen Ausgang als maßgebend angesehen werden. Die Komplikation von Herzerkrankungen mit Schwangerschaft und Geburt wird in 1,5—2,5 % aller Fälle beobachtet. Von 200 Frauen mit Herzerkrankung sterben aber nur drei während irgendeiner Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, die sie durchmachen, an ihrer Herzerkrankung. Rechnet man aber das Material auf die einzelnen Schwangerschaften um, so führt von 200 Graviditäten, die mit Herzerkrankung kompliziert sind, nur eine zum Tode. Es sind also die früheren Angaben über die Mortalität in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Herzerkrankung der Mutter viel zu hoch gegriffen (38,5%!), und sie lassen nur Schlüsse auf die Sterblichkeit des während der Generationsperiode dekompensierten Herzfehlers zu. Es muß weiter betont werden, daß 75—80% aller herzkranken Frauen während der Schwangerschaft von irgendwelchen Herzsymptomen verschont bleiben, und daß von 100 Geburten 98 ohne irgendwelche Beschwerden von seiten des Zirkulationsapparates verlaufen. Frühgeburten bei Herzkranken werden in 5—9%, Aborte in 4—8% beobachtet. Die Gefahr der Ausstoßung des Schwangerschaftsproduktes ist gerade bei dekompensiertem Herzen eine große. Von den an Mitralfehlern zugrunde gehenden Frauen muß das Hauptkontingent der Mitralstenose oder ihrer Kombination mit Mitralinsuffizienz zur Last gelegt werden. Neben der Schwere des Klappenfehlers spielen aber während der Gravidität vorhandene oder hinzutretende Komplikationen eine große Rolle. Als solche müssen genannt werden: die rekurrierende Endokarditis, die akute und chronische Nephritis und die Schrumpfniere, Lungenerkrankungen, wie Pneumonien und Lungentuberkulose, Lungenemphysem, Bronchialkatarrhe, Obliterationen der Pleura- und Perikardialblätter; weiter Kyphoskoliosen der Brustwirbelsäule, allgemeine Enge des Arteriensystems, Aneurysmen, abnorme Fettleibigkeit. Dem Zustande des Herzmuskels ist aber in jedem Einzelfalle ausschlaggebende Bedeutung beizumessen. Frauen mit Myokarditis oder sekundärer Erkrankung des Herzmuskels infolge des Klappenfehlers oder Coronarsklerose sind besonders gefährdet. Was nun die Therapie anbetrifft, so bedürfen die Frauen, die während der Schwangerschaft und Geburt keine klinischen Erscheinungen ihrer Herzerkrankung darbieten, keiner weiteren Therapie. Es können lediglich diätetische Maßnahmen angewandt werden. Bei leichten Kompensationsstörungen hat zuerst eine medikamentöse Therapie Platz zu greifen. Dasselbe ist der Fall bei Erstgebärenden, die vor der Schwangerschaft keine Zeichen der Kompensationsstörungen hatten, oder bei Mehrgebärenden, wenn frühere Geburten normal waren und keine Zeichen der Herzmuskelerkrankung vorhanden sind. Nützt die medikamentöse Therapie nichts, oder kehrt die Kompensationsstörung wieder, so muß in jedem Monat die Schwangerschaft unterbrochen werden. Zu diesem Eingriff muß man sich ebenfalls rasch entschließen, wenn vor der Schwangerschaft Dekompensationserscheinungen vorhanden waren, oder wenn frühere Schwangerschaften mit schweren Störungen verlaufen waren. Weiter, wenn Myokarditis oder Coronarsklerose vorliegen, wenn es sich um höhere Grade der Mitralstenose handelt

oder wenn eine der oben erwähnten Komplikationen eintritt, resp. vorhanden ist. In allen Fällen, wo man sich zur Unterbrechung der Schwangerschaft entschließt, soll man auch vor der weiteren Konsequenz der operativen Sterilisierung nicht zurückschrecken. Dagegen sollte die Tatsache allein, daß die Patientin ein krankes Herz hat, niemals eine Unterbrechung der Schwangerschaft oder gar eine operative Sterilisierung indizieren. Treten während der Geburt Kompensationsstörungen ein, so muß man daran denken, erstere durch operative Extraktion des Kindes abzukürzen. Insuffizienzerscheinungen während des Wochenbettes sollen mit den gewöhnlichen Herzmitteln bekämpft werden. Was den ärztlichen Rat bei Eheschließungen herzkranker Mädchen anlangt, so muß man in den Fällen, in denen das Herz öfters Dekompensationserscheinungen darbot, von einer Eheschließung abraten. Autoreferat.

Schwangerschaft:

Drennan, Jennie G., The abstraction of calcium salts from the mother's blood by the fetus, the cause of the rapid progress of tubercular processes. (Entziehung von Kalksalzen des mütterlichen Blutes durch den Foetus, die Ursache schnellen Fortschreitens tuberkulöser Prozesse.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 893—895. 1913.

Verlust der Kalksalze begünstigt bei der Mutter die Entstehung von Osteomalacie, Eklampsie, fettiger Leberinfiltration, großer weißer Niere, Zahnkaries, speziell aber Tuberkulose infolge Ausfalls der mechanisch schützenden Wirkung der Kalksalze (Verkalkung der tuberkulösen Herde) als auch der chemischen. Kalksalze verbinden sich nämlich mit dem freien Fett der Gewebe zu löslichen Fetten oder Lipoiden. Eine Minderung dieses Prozesses bringt Verfettung und Versagen wichtiger Organe (Leber, Niere) andererseits mangelhafte Ablagerung von Fett als Nahrungsreserve für den erkrankten Organismus im Unterhautzellengewebe, Netz usw. Jede folgende Gravidität steigert aber den Mangel an Kalksalzen. Kinder derartiger Mütter zeigen ebenfalls die unheilvollen Folgen des Kalksalzmangels. Autor rät zu reichlicher Ernährung der Graviden mit Milch und Kalksalzen. *Mohr* (Berlin).

Petit, Louis, Reins polykystiques avec syndrome de néphrite chronique. (Vielcystische Nieren mit gleichzeitiger chronischer Nephritis.) Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 21, S. 332—333 1913.

64jährige Patientin. Dyspnöe, Ödeme, systolisches Geräusch an der Spitze, Albuminurie, Bronchitis. Nierenfunktion auf Digitalis gebessert, troztdem geistige Verwirrung und Somnolenz, Miosis, nach 12 Tagen starke Hämaturie, Tumor in der linken Nierengegend bis in die Fossa iliaca. Am 18. Tage Exitus. — Großer cystischer Tumor der linken, kleinerer der rechten Niere. Cysten in der Leber. Beide Tumoren wurden zuerst übersehen. *Mohr.*

● **Wagner, G. A., Beiträge zur Frage der Herkunft des Fruchtwassers mit pathologisch-anatomischen, experimentellen und klinischen Untersuchungen über die Funktion der fötalen Nieren.** (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Leipzig u. Wien, Deuticke 1913, IV, 174 S., 6 Taf. M. 5,—.

Die Frage, ob der Foetus normalerweise Harn im Uterus abscheidet oder nicht, ist noch nicht gelöst. Die ausführliche Arbeit des Verf. sucht durch pathologisch-anatomische, experimentelle und klinische Untersuchungen die Frage zu lösen. Der Verf. kommt zu dem Schluß, daß normalerweise die fötale Niere nicht funktioniert, daß sie daher an der Bildung des Fruchtwassers normalerweise keinen Anteil hat. Die Arbeit enthält ausführliche Angaben über die fötalen Mißbildungen mit Verschluß der Harnröhre, Dilatation der Harnblase bzw. Hypo- und Hyperplasie der Niere. Im 2. Teil sind die Untersuchungen angeführt, welche unternommen wurden, um die fötale Nierenfunktion nachzuweisen. Im letzten Teil folgen Untersuchungen des Harns Neugeborener. Ein reichhaltiges Literaturverzeichnis ist am Schluß angeführt. *Zangemeister* (Marburg).

Williams, P. F., and R. M. Pearce, Abderhalden's biological test of pregnancy. (Abderhaldens biologische Schwangerschaftsprobe.) (*John Herr Musser*

dep. of res. med., univ. of Pennsylvania.) Proceed. of the soc. for exp. biol. a med. New York, Bd. **10**, Nr. 3, S. 73. 1913.

28 Sera von schwangeren Frauen und 8 Sera von Frauen post partum, dabei eine nach Abortus, gaben mit der biologischen Methode positives Resultat. Bei keiner nachgewiesenen Schwangerschaft war die Probe negativ. Dagegen haben einige Sera bei Nephritis, Tabes, Karbunkel und von einigen gesunden Individuen die Reaktion mit Placenta und anderen Organen gegeben. Bei der Abderhaldenschen Dialysiermethode erwies sich die Ninhydrinreaktion der Biuretreaktion weitaus überlegen. Schleicher und Schülls kleine Dialysiersäckchen sind brauchbarer, als die zuerst empfohlenen Fischhautmembranen. Ebenso befriedigende Resultate wie mit der Dialyse lassen sich erreichen, wenn man Serum und Gewebe für 24 Stunden im Reagensglas zusammenbringt und das Filtrat auf Gerinnung durch Hitze und Essigsäure mit Ninhydrin prüft. Inaktivierung des Serums verursacht eine starke Abschwächung der Reaktion, bringt sie aber nicht zum Verschwinden. Bei Gefriertemperatur gibt es keine Reaktion. Die Verff. halten die Dialysiermethode noch nicht für klinisch brauchbar. Sie muß noch genauer studiert werden, um die möglichen Fehlerquellen ausschalten zu können. *Gins.*

Engelhorn, Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. (Bayrische gynaekol. Gesellsch. Sitzung 9. III. 1913.) Centralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 20, S. 731. 1913.

Engelhorn gibt zuerst einen Überblick über die Abderhaldenschen Methoden und die bis jetzt veröffentlichten Resultate. Er selbst verfügt über 108 Fälle, die er mit dem Dialysierverfahren untersucht hat. Ausführliche Angabe aller Kautelen und Kontrollen; so wurde zu jedem Versuch gleichzeitig das Serum von Schwangeren und Nichtschwangeren angesetzt. Vortr. hatte folgende Resultate: Bei 60 Fällen von Schwangerschaft im IV.—X. Monat war die Reaktion 49mal positiv, 11mal negativ (im IX.—X. Monat). Bei 48 sicher nicht graviden Frauen 31mal positive, 17mal negative Reaktion. Es handelte sich um Fälle von normalem Genitalbefund oder um Prolapse, Carcinome, andere Tumoren und Wöchnerinnen. E. hat auch die Wirkung des Serums von Schwangeren und Nichtschwangeren auf koaguliertes Carcinomgewebe, fötales Lebergewebe und Ovarialgewebe untersucht und fand ganz wechselnde Resultate. E. hält danach das Abderhaldensche Dialysierverfahren nicht für eine spezifische Reaktion, man könne durch dasselbe keine Diagnose stellen. *Ruhemann.*

Petri, Über die Spezifität der gegen Placenta gerichteten Fermente des Schwangerschaftsserums. (Bayrische gynaekol. Gesellsch. Sitzung 9. III. 1913.) Centralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 20, S. 731—734. 1913.

Längere Ausführungen über die Geschichte und die Entwicklung der Abderhaldenschen Reaktion. Um die Spezifität derselben zu prüfen, untersuchte Petri, ob Schwangerenserum auch anderes als Placentaeiweiß abzubauen vermag, und ferner ob Placentaeiweiß auch durch das Serum von Nichtschwangeren zerlegt werden kann. Bei beiden Versuchsanordnungen erhielt er negative Resultate, nur die Seren von zwei sehr anämischen Myompatientinnen, einer Tuboovarialcyste und einem Mammacarcinomrezidiv bauten Placenta ab. Von der Überlegung ausgehend, daß bei Lues die im Blute kreisenden Spirochäten als blutfremdes Protoplasma die Bildung von Fermenten veranlassen könnten, hat Petri die Sera von Luetischen nach dieser Richtung hin untersucht mit dem Resultat, daß nur die behandelten Fälle positive Reaktion gaben. P. deutet diese auffallende Tatsache so, daß die noch nicht geschädigten Spirochäten so lebenskräftig sind, daß der Organismus nicht imstande ist, dagegen Fermente zu bilden. Erst wenn dieselben durch Hg oder Salvarsan geschwächt sind, dann werden Fermente gebildet, um das blutfremde, nicht mehr lebensfähige Spirochäteneiweiß abzubauen. *Ruhemann* (Berlin).

Polano, Zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose. (Bayerische gynaekol. Gesellsch. Sitzung 9. III. 13.) Centralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 20, S. 730—731. 1913.

Vortr. demonstriert die Technik der Dialysiermethode, er ist der Ansicht, daß

viele Mißerfolge durch die Schwierigkeit der Technik bedingt sind und daß dadurch auch der praktische Wert stark beeinträchtigt wird. Nach zahlreichen Versuchen ist die Reaktion nicht eine ausgesprochen „placentare", da alle fötalen Organe auch fötales Serum und Fruchtwasser mit Schwangerenserum eine positive Reaktion geben. Daher ist die Hypothese, daß verschleppte Placentarelemente die Ursache dieser Reaktion sind, unsicher. Polano hat seine frühere Untersuchungen über die Verschiedenheit von fötalem und mütterlichem Blut fortgesetzt und dabei gefunden, daß das Blut von Schwangeren reicher an Hämolysin ist, als das von Nichtschwangeren. Zum Schluß bemerkt P., daß die blutauflösende Fähigkeit von gekochter Placenta und einzelnen fötalen Organen (Lunge) gegenüber menschlichen Erythrocyten bei Schwangeren — auch in den ersten Monaten — viel intensiver zu beobachten ist, als bei Nichtschwangeren. *Ruhemann* (Berlin).

Potocki, Delherm et Laquerrière, Note sur la radiographie en série du foetus in utero. (Mitteilungen über Serienaufnahmen des Foetus im Uterus.) Journal de radiol. Bd. 7, Nr. 1, S. 23—27. 1913.

Mit den modernen Instrumentarien gelingt es, in 2—3 Sekunden bei 30—40 M.-A. deutliche Bilder von Föten zu bekommen. Die Gravide muß bequem gelagert werden; sie liegt auf dem Rücken, die Platte wird aufs Abdomen gelegt und die Röhre befindet sich unter dem Tisch. Bei etwaiger Lordose der Lendenwirbelsäule müssen außerdem die Knie hochgelagert werden. Plattengröße 30×40; Fokusdistanz von der Platte etwa 60 cm. Man erhält so ein Bild des Foetus in seiner Totalität, seine Lage und Entwicklung. Die Aufnahmen sind schwer, da Mutter, Uterus und Foetus sich im Zustand der Ruhe befinden müssen. Dazu kommt die schwache Verknöcherung des Foetus und die dicke Bauchwand der Mutter. Trotzdem gelingt es, während der beiden letzten Monate den Foetus zu radiographieren, wenn man noch einige andere Vorschriften erfüllt: Abführen lassen, die Aufnahme morgens früh im nüchternen Zustand der Gravida usw. vornehmen! *Immelmann* (Berlin).

Asch, Über intrauterine Ernährung. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 11. II. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. 37, H. 5, S. 701—702. 1913.

Asch beobachtete an einem übertragenen Kinde an genau korrespondierenden Stellen beider Unterarme einen ovalen Defekt der Oberhaut, der dem Aussehen nach etwa einer Brandwunde glich. Als man den Arm dem Kopf des Kindes näherte, begann dieses sofort an der lädierten Stelle kräftig zu saugen. Später sah A. noch ein Kind mit ausgeprägten Lutschflecken an Unterarm und Handrücken. A. schließt daraus, daß die Kinder sich schon intrauterin im Saugen üben, und daß dies unter Umständen zu den beschriebenen Hautveränderungen führen kann. *Zinsser* (Berlin).

E. Mosbacher, Klinisch experimentelle Beiträge zur Frage Thyreoidea und Schwangerschaft. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14. bis 17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Die vermehrte funktionelle Inanspruchnahme der Thyreoidea in der Schwangerschaft ist noch ungeklärt. Die bekannten Wirkungen der Schilddrüsensubstanzen beweisen nur deren pharmakologische Wirkung. Eigene Versuche: I. Schwangere Tiere reagieren auf Fütterung mit Schilddrüse mit Abort. II. a) Schilddrüsenextrakt in Form von Thyreoglandol löst am überlebenden Kaninchenuterus Kontraktionen aus. b) Die in vielen Fällen fehlende Thyreoglandolwirkung tritt ein nach vorheriger Reizung mit Adrenalin. c) Unterschwellige Adrenalindosen werden durch an sich unwirksame Thyreoglandoldosen aktiviert. III. a) Durch Thyreoglandol können die Wehen vermehrt und verstärkt werden. b) Bei Fehlen der Thyreoglandolwirkung wird durch Kombination Adrenalin (0,2) Thyreoglandol manchmal ein pituitrinähnlicher Effekt erzielt. Im Eklampsieblute wurde organisch gebundenes Jod nachgewiesen. Bei Durchsicht eines großen thyreopriven Tiermaterials wurde nachgewiesen, daß nach Ausfall der Schilddrüsen die Fortpflanzungsfähigkeit nicht geschädigt wird, wenn die Tiere sonst gesund geblieben sind. *Autoreferat.*

Rebaudi, Stefano, La placenta umana nell'infezione colerica. (Die menschliche Placenta bei der Cholerainfektion.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Roma.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 35, Nr. 4, S. 329—359. 1913.

Slavjansky beschrieb 1872 die Veränderungen der Placenta bei der Cholera (Ödem, hämorrhagische Infiltration, Leukocyteneinwanderung in der Decidua, Fett-

degeneration der Deciduazellen und Chorionepithelien) unter dem Namen: Endometritis acuta decidualis haemorrhagica. Andere Autoren fanden die Cholerabacillen in den hämorrhagischen Herden der Placenta, dagegen gelang der Nachweis in den Organen und im Blut des Foetus den meisten Untersuchern nicht.

Verf. untersuchte in der Epidemie von 1911 4 Placenten, und zwar 3 am Ende der Schwangerschaft, 1 vom 4. Monat. Letztere von einer Gravida, die die Cholera überstand, die andern 3 kamen akut zum Exitus. Die Placentastücke wurden in absol. Alkohol oder Flemmingscher Lösung fixiert und in Paraffin eingebettet. Makroskopisch zeigte sich strotzende Blutfülle und Hämorrhagien, teils diffus, teils circumscript von Hanfkorn- bis Nußgröße. Diese saßen hauptsächlich in der Decidua. Mikroskopisch wurden die schweren Zirkulationsstörungen bestätigt: erweiterte, mit Blut gefüllte Gefäße, in der Umgebung der hämorrhagischen Herde weitgehende Zerstörung des Gewebes, in geringerem Grade auch auf den fötalen Teil übergreifend. Das Zottenbindegewebe ist stark mit Blut infiltriert, so daß in schweren Fällen die Zotte in eine Blutcyste verwandelt wird. Das Zottenepithel erleidet, besonders, wenn bei schweren Fällen längere Zeit bis zur Geburt und Ausstoßung der Placenta verstrichen ist, regressive Veränderungen bis zum völligen Untergang.

Diese anatomischen Veränderungen finden ihren klinischen Ausdruck in den schon im 1. Stadium der Cholera bei Schwangeren auftretenden Blutungen, der Gefahr des Fruchttodes und Abortes. Die Cholerabacillen wurden niemals in der Placenta gefunden. Die Veränderungen sind demnach durch die Toxinwirkung bedingt. *Semon.*

Delle Chiaje, Stefano, Torsione funicolare e morte del feto. (Torsion der Nabelschnur und Tod des Foetus.) Arch. ital. di ginecol. **16,** S. 78—79. 1913.

D. Chiaje glaubt im Anschluß an einen selbst erlebten Fall, daß Torsion der Nabelschnur als Ursache für den Tod des Foetus in Betracht kommen könne. In seinem Falle konnte er wenigstens keine anderen ätiologischen Momente für den Tod des Foetus eruieren. *Wiemer.*

Plauchu et Faujas, Cordon en écharpe cause de mort du foetus pendant la grossesse. (Nabelschnurumschlingung als Todesursache des Kindes während der Schwangerschaft.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. **8,** S. 24 bis 25. 1913

24jährige Erstgebärende gebar am Schwangerschaftsende ein totes Kind mit einer doppelten Nabelschnurumschlingung um den Rücken und den Hals, in der Weise, daß die Nabelschnur in einer Schleife quer über den Rücken von der linken Seite nach der rechten Schulter, unter dieser vorn nach dem Hals, dann nach hinten um diesen und wieder nach vorn um den Hals zur Placenta zieht. Die Nabelschnur war 75 cm lang, von der Dicke eines dünnen Bleistiftes, sehr dünn und nur von den Nabelschnurgefäßen gebildet ohne Whartonsche Sulze. Da sonst bei der Frau keine Zeichen von Lues oder anderen Erkrankungen, ebensowenig beim Kind nachzuweisen sind, so ist anzunehmen, daß der Tod infolge von Nabelschnurumschlingung in der Schwangerschaft 10 Tage vor dem Tode eingetreten ist, da seit dieser Zeit die Pat. auch keine Bewegungen mehr gespürt hat. *Penkert* (Halle a. S.).

Kalima, Tauno, Abortin ovulogenisesta etiologiasta. (Über die ovulogene Ätiologie des Abortes.) (*Prof. Engström Gynäkol. Klinik.*) Duodecim Bd. **29,** H. 3 u. 4, S. 123—140. 1913.

Verf. hebt hervor, daß der praktische Arzt vielleicht zu wenig in seiner Tätigkeit die Aufmerksamkeit auf die ovulogene Ätiologie des Abortes gelenkt hat. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben doch gezeigt, daß der Abort in den 1—9 ersten Wochen der Gravidität in ca. 50% der Fälle auf pathologische Veränderungen des Eies (des Embryo und der Eihäute) beruht.

Bericht über 2 Fälle, in denen eine ovulogene Ätiologie aller Wahrscheinlichkeit nach vorlag. In dem einen Falle handelte es sich um einen unförmlichen Embryo, etwa 1,5 cm lang. Abort im zweiten Monat mit degenerativen Veränderungen in den Chorionzotten (hydropische Degeneration des Zottenstromas, geringe Entwicklung resp. Schwund der Zottengefäße). In dem anderen Falle war der in ungeschädigten Häuten durch eine sehr leichte Evacuation herausgenommene Foetus dekapitiert. Die Dekapitation war auf eine Umschnürung des Nabelstranges um den Hals des Foetus zurückzuführen. Außerdem fand sich eine sehr feste, kurze Torsion des Nabelstranges um seine eigene Achse, welche Torsion von dem Verf. als die primäre Erscheinung angesehen wird. *Björkenheim* (Helsingfors).

Asch, Uterusperforation infolge krimineller Abtreibung. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 11. II. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. **37,** H. 5, S. 701. 1913.

16jähriges Mädchen, Exitus an Peritonitis, ausgehend von dem völlig aufgebrochenen Fundus uteri. Perforation entstanden wahrscheinlich mit einer Spritze. *Zinsser* (Berlin).

Falk, Edmund, Zur Therapie der Extrauteringravidität. Arch. f. Gynaekol. Bd. 99, H. 3, S. 638—656. 1913.

Falk hat 84 Fälle von Extrauteringravidität operativ behandelt, davon 3 mal Incision vereiterter Hämatocelen, 10 mal wurde durch Kolpocoeliotomia ant. der Tubensack entfernt und 71 mal laparotomiert, davon 35 „Notoperationen". 3 Patientinnen starben = 3,6% Mortalität. Trotz dieses günstigen Resultates ist er der Meinung, daß die diffuse, retrouterine Hämatocele mäßiger Größe, herrührend von einem tubaren Abort der ersten 6—7 Wochen, ohne andauernde uterine Blutungen, ohne stärkere Beschwerden, ohne isolierten Tubentumor neben der Hämatocele und ohne nachweisbares Wachsen derselben keiner Operation bedürfe. Eine sehr große Anzahl von Fällen hat er unter dauernder Beobachtung exspektativ behandelt und keine Patientin dabei verloren, keine hat eine dauernde Schädigung ihrer Gesundheit davongetragen. Die Hämatocele resorbierte sich fast stets schon im Verlaufe weniger Monate, ja er sah in einigen Fällen Gravidität darnach eintreten. Allerdings ist er sich der Schwierigkeit der Diagnose, ob es sich um einen diffusen Bluterguß in den abgekapselten Douglas oder um eine von Blutmasse umschlossene Tube mit Fruchtinhalt fortgeschrittenerer Zeit handelt, wohl bewußt, und unter den drei Todesfällen befindet sich ein solcher Fall, der, exspektativ behandelt, später eine Notoperation notwendig machte. Er hält ein operatives Vorgehen nur für berechtigt, wenn 1. eine nicht unterbrochene Extrauterinschwangerschaft festgestellt ist, 2. eine akute Verblutungsgefahr eintritt, 3. ein isolierter Tubentumor oder eine neben der Hämatocele bestehende Eileitergeschwulst nachzuweisen ist. Er ist bei Notoperation für große Schnelligkeit des Eingriffs, operiert eventuell sofort im Shock. Bei der Operation selbst ist er im allgemeinen für den ventralen Weg, vermeidet die Beckenhochlagerung und erstrebt exakte Toilette der Bauchhöhle, da durch Einwirkung des Blutes als solches auf das Peritoneum eine Steigerung der Körpertemperatur erzeugt werden kann; hatten doch $^1/_3$ aller Fälle, welche in Betracht kamen, schon vor der Operation Temperaturen, ja in einem Falle sah er eine toxische akute Leberatrophie direkt im Anschluß an das Platzen des flüssiges Blut enthaltenden Tumors. *Krebs.*

Ward, Geo. G., Jr., Ruptured interstitial pregnancy. (Rupturirte interstitielle Gravidität.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 26. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 5, S. 1007—1010. 1913.

27 jährige Zweitgebärende. Erste Gravidität vor 5 Jahren durch Hebamme in der 6. Woche unterbrochen, mit septischer Peritonitis im Wochenbett. Im 4. Monat dieser symptomlos verlaufenen 2. Gravidität plötzlich mit Schmerzen und Zeichen der inneren Blutung erkrankt, wie die Laparotomie ergab, durch Ruptur des rechten Uterushornes mit Austritt des Foetus in die Bauchhöhle hervorgerufen. Supravaginale Amputation, Heilung. Der Fall erscheint Verf. bemerkenswert wegen des in der früheren Abtreibung und konsekutiven Sepsis zu erblickenden ätiologischen Moments, des bis zum 4. Monat symptomlosen Verlaufs und der Therapie, die Verf. damit motiviert, daß hierdurch bei der pulslosen, in extremis liegenden Patientin am raschesten und sichersten jede weitere Blutung verhütet wurde. *Vaßmer* (Hannover).

Lindquist, L., Fall av Graviditas extramembranacea. (Ein Fall von Graviditas extramembranacea). Allm. Sv. Läk. 10, Nr. 17, S. 456—458. 1913.

29 jährige Vpara. Wahrscheinlich gleich nach der Verheiratung infiziert. In Zusammenhang mit der 1. Gravidität Symptome von Katarrh des Genitalkanals und der Harnwege. Nach dem 2. Partus Thrombose. Die 3. Gravidität endigte mit Abort. Beim 4. Partus mußte die Placenta gelöst werden. Während der 5. Gravidität vom 4. Monat an, zuerst intermittierend später konstant, ein oft blutig gefärbter Wasserabgang aus dem Uterus. Ob dieser amniotischen oder decidualen Ursprungs war, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, da Lanugo und Vernix caseosa oder Harnstoff nicht hatten nachgewiesen werden können; größtenteils bestand die Flüssigkeit doch wahrscheinlich aus wirklichem Fruchtwasser. 1 Monat später starke Kindstöne; Fundus uteri 2 Querfinger unterhalb des Nabels. Um Partus hervorgerufen, wurden subcutan wiederholt Injektionen von 1 ccm Pituitrin (Park, Davis & Co.) während einiger Tage verabfolgt, worauf Wehen mit kurzen Intervallen sich für einige Stunden einstellten, um dann wieder aufzuhören. Die Frau wurde nach den Injektionen unlustig und schläfrig. Anderthalb Wochen lang kräftigere Wehen und fortwährender Abgang von Wasser und dunkelbraunem Schleim; Geburt eines wohlgebildeten Foetus in Steißlage, welcher nach einigen Minuten stirbt. Gewicht 650 gr. Länge 30 cm. — Die Placenta ging $1^1/_2$ Stunde später

ab und zeigte das typische Bild der marginata. Die Größe entsprach dem Entwickelungsgrade des Foetus. Der Fruchtsack war dagegen nicht größer, als daß er einen großen Apfel hätte umspannen können. Der Eihautriß befand sich am unteren Pol des Sackes. *Björkenheim.*

Engelmann, F., Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauteringravidität mit Ruptur des tubaren Eisacks. (*Städt. Frauenklin., Dortmund.*) Frauenarzt Jg. **28**, H. 5, S. 194—195. 1913.

Engelmann sah sich wegen geplatzter Extrauteringravidität zur Laparotomie genötigt. Die Diagnose wurde dadurch erschwert, daß das vollkommen intakte Ei mit einem ca. 10 cm langen Foetus sich im Douglas angesiedelt hatte und die am Tage vor der Operation vorgenommene Punktion nur klare Flüssigkeit ergab. Die im Anschluß an die Operation erfolgte Ausräumung des Uterus förderte auch hier ein intaktes Ei zutage, dessen Foetus die gleiche Größe aufwies, wie der extrauterin entwickelte. *Wiemer* (Herne).

Baisch, Zur Behandlung des bei Tubenruptur in die Bauchhöhle ergossenen Blutes. (Münch. gynaekol. Ges., Sitzg. v. 23. I. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 714—715. 1913.

Baisch empfiehlt, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, das Blut möglichst vollkommen aus der Bauchhöhle zu entfernen und nur dann, wenn der Zustand der Pat. eine Beschleunigung und Abkürzung der Operation erfordert, darauf zu verzichten. In der Zurücklassung des Blutes sieht er eine vermehrte Peritonitisgefahr wegen des reichlichen Nährmaterials für Bakterien. Die subjektiven Beschwerden in der Rekonvaleszenz sollen beträchtlichere sein, und endlich sei die Gefahr von Adhäsionsbildungen nicht zu unterschätzen. *Zinsser* (Berlin).

Chidichimo, Francesco, Il chinino nell'infezione malarica complicante la gravidanza. (Das Chinin bei Malaria in der Schwangerschaft.) Arch. ital. di gynecol. Jg. **16**, Nr. 4, S. 89—101. 1913.

Sammelreferat von italienischen und ausländischen Arbeiten über die Wirkung des Chinins auf den schwangeren Uterus im allgemeinen und speziell in Beziehung zur Malariainfektion. Ausgehend von der Erfahrung der meisten Autoren, daß nicht das Chinin als solches, sondern das Malariagift selber die häufige Unterbrechung der Schwangerschaft bedingt, und auf Grund seiner früheren Beobachtungen im Tierexperiment, empfiehlt Verf. die Chinintherapie in jedem Malariafall. Eine frühzeitige Behandlung beansprucht das Sommer-Herbstfieber, weil sonst die Schwangere durch eine schwere und rasch auftretende Anämie gefährdet werden kann. *Colombino* (Mailand).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Novak, J., O. Porges und R. Strisower, Über eine besondere Form von Glykosurie in der Gravidität und ihre Beziehungen zum echten Diabetes. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.

14 Schwangere mit relativ intensiver Glykosurie wurden auf ihre Zuckerausscheidung bei verschiedener Kostform, nach Einnahme verschiedener Kohlehydrate (Traubenzucker, Lävulose, Stärke, Rohrzucker) untersucht, ferner auf ihren Blutzuckergehalt zur Zeit der Zuckerausscheidung. Besonders hervorhebenswert ist der in den meisten Fällen normale Blutzuckergehalt. Nur in 2 Fällen wurde nach der Einnahme einer größeren Menge von Kohlehydraten eine Hyperglykämie beobachtet. Die Zuckerausscheidung zeigt mitunter eine sehr weitgehende Unabhängigkeit von der Nahrungsaufnahme. Diese 2 Kriterien, normaler oder sogar subnormaler Blutzuckergehalt bei bestehender Glykosurie, relative Unabhängigkeit der Glykosurie von der Nahrungszufuhr gestatten die Annahme eines renalen Ursprungs der Schwangerschaftsglykosurie. Diese stellt also eine nicht seltene Form des sogenannten Nierendiabetes dar, wie er nach Injektion von Phloridzin beobachtet wird. Eine Funktionsstörung der Zuckerregulationszentren ist bei den meisten Fällen nicht nachzuweisen. Nur in einzelnen Fällen, bei denen unter Umständen eine Hyperglykämie gefunden wird, muß eine Kombination von einer renalen Glykosurie mit einer Glykosurie, die auf einer echten Störung des Kohlehydratstoffwechsels beruht, angenommen werden. Durch den normalen Blutzuckergehalt, die relative Unabhängigkeit der Glykosurie von der Nahrung, die durchaus günstige Prognose und den Mangel klinischer, für Diabetes sprechender Symptome unterscheidet sich die Schwangerschaftsglykosurie vom echten Diabetes in der Schwangerschaft, welcher stets als eine gefährliche Kompli-

kation aufzufassen ist. In 2 von den Autoren genauer beobachteten Fällen von Schwangerschaftsdiabetes trat ganz überraschend schnell der Tod im Coma ein. Beide Früchte wurden im macerierten Zustand geboren. In einem Fall, der wegen habituellen Fruchttodes am Schwangerschaftsende zur Einleitung der Frühgeburt aufgenommen wurde, bestand ein Hydramnios, wie es beim echten Diabetes oft beobachtet wurde. Autoreferat.

McNee, J. W., Zur Frage des Cholestearingehalts der Galle während der Schwangerschaft. (*Pathol. Inst., Freiburg i. B.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 21, S. 994—996. 1913.

Verf. hatte bei drei Obduktionsfällen aus dem 4., 5. und 6. Schwangerschaftsmonat Gelegenheit, die Galle auf ihren Cholestearingehalt zu prüfen. Er fand eine nach der Methode von Windaus und dem modifizierten Verfahren von Weston und Kent berechnete Durchschnittsmenge von 0,621%, die fast 4 mal so groß ist als bei den Nichtschwangeren. Dieses Ergebnis kann dadurch, daß der Prozentgehalt nur auf die Gallenflüssigkeit und nicht auf die festen Bestandteile bezogen wurde, keineswegs beeinträchtigt werden, denn alle bisherigen Untersuchungen über den Cholestearingehalt der menschlichen Galle sind ebenfalls unter diesem Gesichtspunkte durchgeführt worden. In den vorliegenden drei Fällen ließ sich gleichzeitig durch Landau eine Vermehrung des Cholestearins in den Nebennieren nachweisen, eine Erscheinung, mit der wohl zum Teil die auch von anderer Seite beobachtete Hypertrophie dieser Organe während der Gravidität zusammenhängt. *Holste* (Stettin).

Aschoff, L., Bemerkung zur obigen Arbeit. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 21, S. 996—997. 1913.

Verf. fordert zu einer Nachprüfung der durch McNee erzielten Resultate an einem größeren Material auf. Auch ohne Berücksichtigung einer pathologischen Eindickung der Galle in der Gallenblase sind nach seiner Ansicht die Cholestearinbestimmungen verwertbar. Das bisher vorliegende, nach der Windaus - Methode bearbeitete Material gestattet den Schluß, daß während der Schwangerschaft schon relativ früh eine vermehrte Ausscheidung des Cholestearins in der Galle stattfindet. Aschoff findet in dieser Tatsache eine Unterstützung der von ihm und Bacmeister aufgestellten Hypothese, daß eine Cholestearindiathese mit der Bildung der reinen Cholestearinsteine ursächlich zusammenhängt. Die Entstehung dieser Steine läßt sich anamnestisch häufig auf eine vorausgegangene Schwangerschaft zurückführen. *Holste* (Stettin).

Weinbrenner, Uterus gravid. mem. III mit großem, verjauchtem Portiocarcinom. (Med. Ges., Magdeburg, Sitzg. v. 27. II. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 22, S. 1232. 1913.

29jährige Frau. 5 Partus. Anfang Dezember blutiger Ausfluß. Die folgenden Blutungen werden für Menstruationen gehalten. Ende Januar Diagnose: Carcinom. Nach 14 Tagen auffallendes Wachstum. Erweiterte abdominale Totalexstirpation. Heilung. *E. Runge.*

Geburt:

Müller, A., Die Benennung der Kindeslagen in der Geburtshilfe. (Bayrische gynaekol. Gesellsch. Sitzung 9. III. 1913.) Centralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 20, S. 736—737. 1913.

In fast allen anderen Gebieten der Medizin ist in den letzten Jahren durch besondere Kommissionen eine international gültige einheitliche Nomenklatur eingeführt worden, nur in der Geburtshilfe haben sich bis heute noch die deutschen Bezeichnungen, die nicht einmal einheitlich gebraucht werden, erhalten. Das ist besonders für das Studium mit großen Nachteilen verbunden. Müller empfiehlt die lateinische Benennung der Lagen, selbstverständlich müßte eine einheitliche Definition der Begriffe: Stellung, Lage, Stand usw. gegeben werden, für welche auch lateinische Bezeichnungen gewählt werden müßten. *Ruhemann* (Berlin).

Nádory, Béla, Einfache chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 21, S. 765—769. 1913.

Das vom Verf. empfohlene Verfahren genügt den 3 Forderungen Ahlfelds: sichere Verhütung einer Infektion, Schutz vor Nachblutungen, Unnötigmachen einer Nachbehandlung. Sobald die Nabelschnurpulsation aufgehört hat, wird die Übergangsstelle von Warthonscher Sulze und Haut mit einem dicken Seidenfaden fest umschnürt und der Nabelstrang kurz abgeschnitten. Stumpf und Nabelring werden nach Kürzen der Fadenenden mit Jodtinktur bepinselt. Das Kind kann täglich gebadet werden, ev. Jodpinselung nach dem Bade. Der Nabelschnurrest fällt durchschnittlich am 2.—3. Tage ab, der Nabeltrichter verheilt schnell. *J. Voigt* (Göttingen).

Herrgott, A., A propos d'un cas de grossesse triple. (Bemerkungen über einen Fall von Drillingsgeburt.) Rev. méd. de l'est Jg. **40**, Nr. 9, S. 321—324. 1913.

Nach der Geburt des ersten, 1830 g schweren, 45 cm langen Kindes in Steißlage starke Blutung. Nach Blasenstich Geburt des zweiten, 1950 g schweren, 43 cm langen Kindes, auch in Steißlage. Nach 30 Min. folgt eine eineiige Zwillingsplacenta mit 2 Amnien; der eine intakte Amnionsack enthält das dritte Kind, 1180 g schwer, 40 cm lang. Dieses stirbt nach $^3/_4$ Stunde. Nach $^1/_2$ Stunde wird die Placenta des zweiten Kindes mit selbständigen Eihäuten geboren. Das erste und dritte Kind waren also eineiige Zwillinge. Diese Konstellation: Drillinge aus zwei Eiern ist die häufigste (auf 20 Fälle 11 mal nach Straßmann). Die Pat. hatte 18 Kinder, unter 11 Geburten 4 mal Zwillinge, 1 mal Drillinge. Diese Fruchtbarkeit ist aber noch nichts gegen die der Magdalena Granetta aus Nocira, die in 29jähriger Ehe 62 Kinder geboren hat (59 Knaben, 3 Mädchen). Drillingsschwangerschaft scheint in Frankreich seltener zu sein (1 : 8256) als in Deutschland (1 : 7910) und in Rußland (1 : 4054). Sie wird meist erst während der Geburt erkannt. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Rübsamen, Klinisch - experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Wehenmittel in der Nachgeburtsperiode. (Gynaekol. Gesellsch. zu Dresden. Sitzung 16. I. 1913.) Centralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 21, S. 774—776. 1913.

Da über obiges Thema in der Literatur noch keine Angaben bestehen, arbeitete Rübsamen zur Erforschung eine Methode aus, deren Prinzip in folgendem beruht: Ein auf den puerperalen Uterus aufgelegtes Gewicht wird im Stadium der Kontraktion höher gehoben, als im Stadium der Erschlaffung. Das Gewicht ist eine 500 g schwere Holzplatte und steht durch Rollenübertragung mit einem Schreibhebel und einem Kymographion in Verbindung. Er fand nun zunächst, daß die Nachwehen bei Primiparae geringer als bei Mutiparae sind und ferner, daß die Kurve der Nachwehen nicht so steil verläuft, wie die der Austreibungswehen. Von den Wehenmitteln zeigten sich die verschiedenen Hypophysenpräparate den Sekalepräparaten gegenüber überlegen. Es stellten sich nach 1 ccm Pituitrin, resp. den entsprechenden Mengen Pituglandol und Glanduitrin, die ersten deutlichen Kontraktionen bei intravenöser Injektion nach 20 Sekunden, bei intramuskulärer nach 4—6 Minuten, bei subcutaner nach 15—20 Minuten ein. Nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden läßt die Wirkung nach, die nicht nur in Frequenzzunahme der Wehen, sondern auch in einer allgemeinen Tonussteigerung besteht. Je schlechter primär die Nachwehen sind, um so deutlicher ist der Effekt des Pituitrins. Klinisch ist die Wirkung bei 6 schweren und 10 leichteren Fällen von atonischer Nachblutung mit glänzendem Erfolg geprüft worden. Besonders die intravenöse Injektion, welche zuerst Tetanus, allmählich aber auch reguläre Wehen bewirkt, hatte bei einem sehr schweren Fall, bei welchem alle anderen Mittel — auch intramuskuläre Pituitrininjektion — versagt hatten, einen eklatanten Erfolg. Auch die normalen Blutverluste könnten durch prophylaktische Pituitrininjektionen erheblich verringert werden, was bei bestimmten Fällen von großer Bedeutung sein kann. — Die Wirkung des wirksamsten Sekalepräparates, des Sekakornins, tritt erst nach 20—30 Minuten ein und das Maximum des Effekts erst nach 1—$1^1/_2$ Stunden. Es wurde graphisch nachgewiesen, daß hier die Wirkung nur in einer Verstärkung und nicht in einer Frequenzsteigerung der Wehen beruht, nach $^3/_4$ Stunden kommt noch eine Tonussteigerung hinzu. — Als konzentriertestes und gleichzeitig billigstes Hypophysenpräparat wurde in letzter Zeit in Dresden das Glanduitrin verwandt. *Ruhemann.*

Holländer, E., Pituitrinröl a szülészetben. (Pituitrin in der Geburtshilfe.) (*Hebammenanstalt Kassa [Ungarn].*) Gyógyászat Bd. 53, Nr. 14, S. 239—241. 1913.

Die Indikationen, wo Holländer Pituitrin angewendet hat, waren: in 27 Fällen Wehenschwäche; einmal bei vorzeitiger Lösung der Placenta (kurze Nabelschnur); viermal bei Placenta praevia marginalis und lateralis; einmal bei Fieber sub partu; dreimal bei Querlage nach Wendung auf den Kopf (nach Blasensprengung); viermal bei schlechten kindlichen Herztönen; einmal im Falle einer Herzschwäche (infolge akuter Anämie entstanden); zweimal bei vorzeitigem Blasensprung und Wehenschwäche; einmal bei Eklampsie (mit Wehenschwäche) und elfmal bei Atonie, einmal unmittelbar vor der manuellen Lösung der Placenta. In einem Fall von Myelitis wurde Pituitrin mit gutem Erfolg angewendet, wo die Bauchpresse gar nicht funktionierte; mit gleich gutem Erfolg in einem Fall von Molarschwangerschaft. — In gynaekologischen Fällen hat H. nur wenig Erfahrungen. *Scherer* (Budapest).

Maly, G. W., Über eine seltenere Art des Zustandekommens von Uterusverletzungen. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 21, S. 763—764. 1913.

Wegen Herzleiden leitete ein Arzt im 2. Graviditätsmonat vermittelst stumpfer Metalldilatatoren Abort ein, wobei der Uterus perforiert wurde. In der Klinik fand Verf. knapp vor dem inneren Muttermund seitlich eine kleinfingergliedlange, scharfrandige Verletzung, die durch einen Kanal nach oben führte und 2—3 cm oberhalb der Umschlagsstelle des Blasenperitoneums sich ins Abdomen eröffnete. Verf. glaubt, daß solche Perforationen dadurch entstehen, daß bei unnachgiebigem Muttermund die Cervix verletzt werde und nun die Dilatatoren, dem geringsten Widerstand folgend, ohne Passage des inneren Muttermundes in der Uteruswand vordrängen und schließlich nach Zerreißung des Uterusperitoneums in die Bauchhöhle gelangen. — Die Verletzung wurde genäht; Patientin geheilt. *K. Reber* (Aarau).

Krüger, Spontangeburten nach wiederholter Uterusruptur. (Nordostdtsch. Ges. f. Geb. u. Gynaekol., Sitzg. v. 15. III. 1913. Diskussion). Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. 37, H. 5, S. 683. 1913.

Multipara mit allgemein verengtem Becken. Spontanruptur bei Querlage, Entwicklung des Kindes durch Wendung. Spontanheilung unter peritonitischen Reizerscheinungen. Nach 2 Jahren erneute Ruptur. Laparotomie. Ruptur nicht in der alten Narbe. Naht, Heilung. Danach noch 2 Spontangeburten, eine mit totem und eine mit lebendem Kind. *Zinsser.*

La Vake, R. T., Prophylaxis and treatment of eclampsia. (Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie.) Journal-lancet Bd. 33, Nr. 2, S. 49—50. 1913.

Das Auftreten von Albumen in der Schwangerschaft und eine Blutdrucksteigerung über 150—160 mm weisen mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine drohende Eklampsie hin. Bei jeder Schwangeren ist deshalb durch häufige Untersuchungen auf diese beiden Punkte zu achten; bei Albumen strenge Nierendiät; bei Blutdrucksteigerung empfiehlt Verf. die Darreichung von Nitroglycerin. Auch bei sicher vorhandenen Anzeichen einer Schwangerschaftsintoxikation kann mit der Entleerung des Uterus abgewartet werden, nur bei Krämpfen und bei hohem Eiweißgehalt ist die sofortige Entleerung des Uterus indiziert. Die Entbindung soll für die mütterlichen Weichteile so schonend als möglich vorgenommen werden; am besten Erweiterung mittels Ballon; die Anwendung des Bossischen Dilatators wird verworfen; bei nicht lebensfähigem Kinde Kraniotomie, bei lebensfähigem vaginaler Kaiserschnitt. Die Verabreichung von Chloroform bei Krampfanfällen ist zu verwerfen, da es Gewebsschädigungen setzt. *Engelhorn.*

Lott, Henry S., Rapid dilatation and accouchement forcé. (Schnelldilatation und Accouchement forcé.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol. Meet. at Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 5, S. 937—945. 1913.

Verf. hat schon im Jahre 1892 einen mit dem Bossischen Instrument identischen Dilatator angegeben und benutzt, dessen Vorteile er jetzt von neuem betont. Wenn möglich, ist die Entbindung „per vias naturales“ immer dem abdominalen Vorgehen vorzuziehen. Besonders für Eklamptische kommt die Schnelldilatation in Betracht. Auch die manuelle Dilatation des Zervicalkanals wird eingehend beschrieben. Verf. richtet sich gegen den indikationslosen Gebrauch der Zange.

Diskussion: Hall und Davis fürchten die Cervixrisse bei Anwendung des Lottschen Dilatators und ziehen bei nicht genügender Eröffnung des Muttermundes den abdominalen Kaiserschnitt dem Accouchement forcé vor; Jacobson befürwortet die vaginale Sectio caesarea, die er in 6 Fällen mit gutem Erfolg ausführte; Bandler macht immer zuerst den Versuch, manuell zu dilatieren und im Fall, daß ihm dies nicht gelingt, den vaginalen Kaiserschnitt. *Lamers.*

Knipe, Wm. H. Wellington, A case of pubiotomy for funnel pelvis. (Fall von Pubiotomie bei Trichterbecken.) (Soc. of the alumni of the Sloane hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 5, S. 984 bis 989. 1913.

27 jährige Zweitgebärende ad terminum. Vor $2^1/_2$ Jahren bei der ersten Niederkunft Zange, lebendes Kind von 6 Pfund. Übliche Beckenmaße normal, Beckenausgang nicht gemessen, Schambogen etwas eng. Jetzt seit 2 Wochen „falsche Wehen"; deswegen Geburt durch Ballon (Champetier de Ribes) eingeleitet, nach etwa 12 Stunden Muttermund vollständig, der Kopf im Beckeneingang. Nach weiteren 3 Stunden Zange, welche den Kopf ins Becken brachte, aber im Beckenausgang auf Schwierigkeiten stieß, die durch Kraftaufwand innerhalb der Grenzen des Erlaubten nicht überwunden werden konnten. Wegen verlangsamter und unregelmäßiger Herztöne Pubiotomie (Döderleinsche Nadel, Giglische Säge), leichte Kopfentwicklung, lebendes Kind von $8^1/_2$ Pfund. Glattes Wochenbett; später keine Störungen des Gehvermögens. Radiogramm zeigt die Durchtrennungsstelle nur fibrös verheilt; bei weiteren Entbindungen dürften daher von seiten des Beckens keine Schwierigkeiten auch bei starker Fruchtentwicklung zu befürchten sein. *Schrader* (Berlin-Steglitz).

Hartmann, Karl, und Hermann Loeschcke, Die Uterusnarbe nach suprasymphysärem extraperitonealem Kaiserschnitt. (*Akad. f. prakt. Med., Köln a. R.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 10, S. 354—367. 1913.

Hartmann hat einen Uterus im fünften Schwangerschaftsmonat exstirpiert, an dem er vorher zweimal den suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnitt (Schrägschnitt nach Frank) einmal links, dann rechts ausgeführt hatte. Bei der Operation fanden sich normaler Situs und keinerlei Verwachsungen. Die Narben waren makroskopisch nicht zu erkennen, mikroskopisch (Loeschke) als feine Bindegewebszüge, z. T. mit Muskelfasern durchsetzt, zu sehen. Seitlich in der Cervixwand beiderseits entlang den Narben in der Muscularis cystische schleimgefüllte Hohlräume, die mikroskopisch nachweislich mit der Cervixhöhle in Verbindung standen, mit Cervixepithel ausgekleidet waren und als epithelialisierte Stichkanäle zu deuten sind. Nach außen von diesen Buchten Anhäufungen von Fremdkörperriesenzellen um unresorbierte Catgutreste. Die vordere Cervixwand im ganzen deutlich dünner als die hintere, weil schlechter ernährt infolge der doppelseitigen Narbe. H. folgert: resorbierbares Nahtmaterial, Vermeidung des Mitfassens der Mucosa; bei primärer Wundheilung keine Verwachsungen; keine Narbendehnung bei wiederholten Schwangerschaften.

Bauer (Berlin).

Beckmann, W., Kaiserschnitt wegen Scheidenstenose mit vorausgegangener Blasenfisteloperation. (*Obuchow-Frauenhosp., St. Petersburg.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, Nr. 3, S. 95—99. 1913.

Verf. bespricht die in Rußland nicht zu selten vorkommende Indikation zum klassischen Kaiserschnitt: Vaginalstenose mit vorausgegangener Blasenfisteloperation, zur Vermeidung eines Wiederaufbruches der Fistel.

27 jährige Pat. inquirierte beim I. Partus eine hochgradige, der Mitte des Scheidenrohres entsprechende Narbenstenose, durch welche der eingeführte Katheter in die Blase gelangte. Die Operation: Durchtrennung der Narbenmassen, Vernähung der Fistelöffnung, führte zur Heilung. Bald darauf trat Schwangerschaft ein. Pat. kam erst am 3. Tage nach dem Wehenbeginn und Fruchtwasserabgang zur Aufnahme. Kind bereits abgestorben. Die Vagina im unteren Abschnitte bis auf eine bleistiftdicke Öffnung narbig verwachsen. Muttermund nicht tastbar. Temperatur und Puls normal. Klassischer Kaiserschnitt, mazerierte Frucht von 3300 g. Supravaginale Amputation zum Zwecke der Sterilisierung. Normaler Heilungsverlauf.

Boxer (Wien).

Williams, Espy Milo, Abdominal cesarean section in eclampsia and central placenta previa; with reports of cases so treated. (Die Sectio caesarea per laparotoniam wegen Eklampsie und zentraler Placenta praevia; mit einem Bericht über derartig behandelte Fälle.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. 65, Nr. 9, S. 633—639. 1913.

Von der Überzeugung geleitet, daß die Sectio caesarea abdominalis nicht nur die schnellste Methode zur Entleerung des Uterus, sondern auch die beste Prognose für Mutter und Kind bietet, hat Verf. 2 Fälle von Eklampsie bei Erstgebärenden demgemäß behandelt.

In beiden Fällen handelte es sich um Primiparae, welche am Ende des 8. resp. in der Mitte des 9. Monats schwere eklamptische Anfälle hatten; beide Mütter machten eine ungestörte Rekonvaleszenz durch; das eine Kind starb 3 Monate alt, das andere ist gesund.

Dieses Verfahren ist nach Verf. indiziert bei der Eklampsie Erstgebärender in den

letzten Stadien der Gravidität mit lebensfähigem Kinde und nicht dilatierter Cervix, Fehlen der Wehentätigkeit und aller Versuche, die Geburt einzuleiten. Bei Placenta praevia centralis steht Verf. auf dem Standpunkt, daß ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Gravidität der Uterus bei feststehender Diagnose entleert werden sollte, außer wenn beide Eltern, genau über alle Gefahren aufgeklärt, darauf bestehen, bis zur Lebensfähigkeit des Kindes warten zu wollen. In diesem Falle ist die Sectio caesarea per laparotomiam die geeignetste Operation, weil am raschesten ausführbar, die Asepsis am verläßlichsten, die Blutung gut kontrollierbar und nötigenfalls bei fehlender Kontraktionsfähigkeit des Uterus, dieses Organ leicht entfernt werden kann.

Dementsprechend wurde bei einer 31jährigen Multipara, welche seit dem 3. Monate an immer wiederkehrenden, nicht sehr profusen Blutungen litt, gegen die Mitte des 8. Monats nach Feststellung einer Placenta praevia centralis der abdominelle Kaiserschnitt ausgeführt; wegen absoluten Fehlens jeglicher Kontraktion des unteren Uterinsegmentes mußte die supravaginale Amputation gemacht werden. Die Mutter genas ohne Störung, das Kind starb nach 3 Tagen an Asthenie. *Hall* (Graz).

King, H. I., The present status and indication for abdominal cesarean section. (Gegenwärtiger Stand und Indikation für den abdominalen Kaiserschnitt.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 7, S. 200—204. 1913.

Autor erinnert, daß noch vor 30 Jahren der Kaiserschnitt mit seiner damals fast 100% betragenden mütterlichen Mortalität nur bei solchen Becken als indiziert galt, die die Passage selbst eines zerstückelten Foetus nicht erlaubten, bis zur konservativen Operation Sängers 1882. Eine Reihe Statistiken zeigt, daß die meisten Todesfälle nach Kaiserschnitt andern Umständen, nicht der Operation zur Last fallen. Die Mortalität der Operation unter günstigen Umständen beträgt unter 1%. Andererseits ist bei forziertem geburtshilflichem Vorgehen die Mortalität sehr hoch, oft bleiben die Mütter lange invalide, die Kinder fallen nach schweren Blutungen der Epilepsie, nach rohen operativen Entbindungen der Idiotie anheim. Symphyseotomie und künstliche Frühgeburt leisten nur bis zu gewissen Graden der Beckenverengerung noch erfreuliches, Kranioklasie darf am lebenden Kinde nicht mehr ausgeführt werden. Der Kaiserschnitt ist überall da indiziert, wo ein Geburtshindernis vorliegt, das nicht durch Naturkräfte oder leichten Zug des (nicht hohen!) Forceps überwunden werden kann.

34jährige Vpara. Die 3 ersten Entbindungen ergaben Tod des Kindes und schwere Schädigung der Mutter, die 4. und 5. durch Kaiserschnitt lebende Kinder bei ungestörter Rekonvaleszenz. *Mohr* (Berlin).

Maxwell, W. H., Caesarean section, with especial reference to the rarer indications for the operation. (Kaiserschnitt mit besonderer Berücksichtigung seltener Indikationen.) Brit. med. journal Nr. 2734, S. 1105—1107. 1913.

4 Fälle: 1. Fünftgebärende, bei welcher nach der letzten Geburt eine ventrale Fixation des Uterus ausgeführt worden war; Muttermund in der Lendengegend, eben zu erreichen beim Eingehen mit dem Arme bis zum Ellbogen; Sectio caesarea mit gutem Erfolge für Mutter und Kind. — 2. Placenta praevia centralis; vorher eine Geburt und ein Abortus; Schwangerschaft von $6^{1}/_{2}$ Monaten; starker Blutverlust; Cervix nicht eröffnet; abdominaler Kaiserschnitt; Heilung. — 3. 42jährige Erstgravide mit Uterus myomatosus; trotz der Beschwerden konnte die Gravidität bis zu Ende geführt werden; kurz nach Wehenbeginn Kaiserschnitt; Uterus derart von Myomen durchsetzt, daß seine Höhle nur schwer auffindbar ist; Kind lebend; supravaginale Amputation unter auffallend geringer Blutung; glatter Verlauf; ein subserös entwickelter Myomknoten hatte das ganze kleine Becken ausgefüllt und Blasen-Mastdarmbeschwerden verursacht. — 4. Neuntgebärende mit völliger Ausfüllung des Beckens durch einen harten Tumor, der sich bei der Operation als solitäres, teils subserös, teils intraligamentär entwickeltes Fibromyom entpuppte; supravaginale Amputation; Heilung verzögert durch Thrombophlebitis beider Beine und Kompensationsstörungen eines Mitralfehlers. — Verf. bespricht ausführlich die von ihm geübte Technik, welche identisch ist mit dem Sängerschen konservativen Kaiserschnitte und erwähnt schließlich noch einen interessanten Fall, den einzigen, der nicht per primam intentionem heilte: akute Appendicitis im Beginne der Wehentätigkeit bei einer Primipara; nach Entfernung des akut entzündeten Wurmfortsatzes Sectio caesarea, die dem Verf. unter den gegebenen Umständen das beste Entbindungsverfahren zu sein schien; die Uteruswunde wurde dabei infiziert, und es kam zur Bildung eines großen Abscesses, der eröffnet und drainiert werden mußte; langsame, aber vollständige Heilung. *Schmid* (Prag).

Lange, Zur Frage des subrasymphysären, cervicalen Kaiserschnittes. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 15. III. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 681. 1913.

Lange berichtet über 28 Fälle dieser Methode und über seine Erfahrungen an insgesamt 42 Fällen bei engem Becken. Transperitoneal wurde von vornherein operiert: 1. wo wegen der Beschaffenheit der Fötaltöne Eile notwendig war; 2. wo nach früherem extraperitonealem Kaiserschnitt festere narbige Verwachsung von Blase und Peritoneum mit dem Uterus wahrscheinlich war; 3. wo kurz nach Wehenbeginn operiert wurde. Sonst wurde (im ganzen 24 mal) das extraperitoneale Vorgehen versucht, konnte aber nur 18 mal tadellos durchgeführt werden. Außerhalb der Klinik waren 26 Frauen untersucht (1—5 mal). 14 mal wurde bei stehender oder vor einer Stunde gesprungener Blase, die anderen Male wesentlich länger (bis zu 61 Stunden) nach dem Blasensprung operiert. Trotzdem war die Mortalität der Mütter nicht ungünstig (eine starb an Sepsis). Von den Kindern wurde eines tief asphyktisch geboren und nicht belebt. Nebenverletzungen kamen nicht vor. Auffallend war trotz der allgemein üblichen subcutanen Injektion eines wirksamen Sekalepräparates kurz vor Beginn der Operation die Zahl der Atonien in der Nachgeburtszeit (13). 6 mal war Uterustamponade notwendig, 7 mal erwies sich Adrenalin (in die Uterusmuskulatur injiziert) als wirksam. 4 Frauen wurden zum zweitenmal dem cervicalen Kaiserschnitt unterworfen. Hier war 2 mal die alte Uterusnarbe absolut fest, 2 mal verdünnt. Doch hatte die Narbe in einem Fall 13 Stunden starke Wehentätigkeit bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes, im anderen Fall 6 Stunden Wehen ausgehalten, ohne daß es zur Ruptur gekommen war. Temperatursteigerungen über 38° im Wochenbett kamen 12 mal vor, sie waren meist auf wenige Tage beschränkt, nie bestand eine ernstere Erkrankung mit Ausnahme eines Falles von tödlich verlaufener Sepsis. *Zinsser.*

Wochenbett:

Bouffe de Saint-Blaise, De la situation de l'utérus après l'accouchement à terme et pendant les suites de couches immédiates et tardives. (Die Lage des Uterus nach der Geburt bei ausgetragener Schwangerschaft und im Früh- und Spätwochenbett.) Paris méd. Nr. 22, S. 541—547. 1913.

Klassische Darstellung der klinischen Erscheinungen. Besonderheiten: Der Frau, bei welcher zwischen dem 10. und 15. Tage vom Wochenbett eine Retroversio uteri zustande kommt, gibt Verf. den Rat, jeden Tag einige Stunden auf dem Bauch zu liegen. Bei starker Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur nach der Geburt, Zeichen einer Muskelzerreißung in der Tiefe, legt Verf. durch die Haut tiefe Nähte an. *Daels* (Gent).

Davis, E. N., Involution of the uterus, or the care of the puerperium. (Involution des Uterus oder die Behandlung des Puerperium.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **9**, Nr. 9, S. 207—211. 1913.

Davis plädiert gegen das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Eine Leibbinde soll nur während der ersten 24 Stunden nach der Geburt getragen werden, um Blutungen zu verhüten, später soll man die Binde entfernen, weil sonst leicht eine Retroflexio uteri dadurch herbeigeführt werden könne. *Wiemer* (Herne).

Werner, Über einen geheilten Fall von Tetanus puerperalis. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 15. III. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u., Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 671—672. 1913.

Am 25. IX. 12 Partus, Forceps, Dammriß (nicht genäht). Am 5. XII. Schluckbeschwerden und leichter Trismus. Am folgenden Tag ausgesprochener Trismus, Nackensteifigkeit, starke Schluckbeschwerden. 100 A. E. Antitoxin Höchst. In den folgenden Tagen wurden Gesichts-, Arm- und Beinmuskeln befallen. Häufige Krampfanfälle. Temperatur bis 40,6°. Im weiteren Verlauf noch 4 mal je 100 A. E. subcutan, außerdem Scheidenspülungen mit einer wässrigen Lösung von gepulvertem Trockenserum. Patientin verließ 4 Wochen nach Beginn der Behandlung geheilt die Klinik. *Zinsser* (Berlin).

Staude, C., Über Peroneuslähmung post partum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 5, S. 611—623. 1913.

1. Fall: 22jährige I.-para. I. Schädellage. Becken nicht verengt. Lange Geburtsdauer. Beckenausgangszange wegen Temperatursteigerung und Beschleunigung der kindlichen Herztöne. Kind ohne Herzschlag geboren. Gewicht 4560 Gramm. Einige Stunden nach der Geburt krampfartige Schmerzen im rechten Bein. Am andern Tag auch Schmerzen im linken Bein. Schmerzhafte Druckpunkte am rechten Bein. Am 3. Tag unwillkürlicher Urinabgang. Diphtherische Beläge in der Scheide und Vulva. Fieber. Rechtes Bein wird geschient wegen starker

Schmerzhaftigkeit. Talergroße Blasenscheidenfistel. 6 Wochen nach der Geburt aufgestanden, dabei stellt sich die Schwäche im rechten Bein als Peroneuslähmung heraus. Später Operation der Blasenscheidenfistel (dadurch kompliziert, daß die Ureterenmündungen dicht am Fistelrand liegen. Beschreibung des Operationsverfahrens). Endresultat der Nervenlähmung: Nach 1jähriger Behandlung Besserung. Pat. kann mit Krücken mäßig gut gehen, später Gehen ohne Krücken ermöglicht durch Anbringen eines elastischen Zuges an der Fußspitze.

Die Entstehung der Peroneuslähmung wird erklärt durch den langen Stand des Kopfes im Beckeneingang und im Becken, der auch zu der Blasenscheidenfistel führte. In der Literatur finden sich noch 4 Fälle von Blasenscheidenfistel, durch Drucknekrose entstanden, welche mit Peroneuslähmung kompliziert sind.

2. Fall: 42jährige VIII.-para. I. Schädellage. Becken nicht verengt. Unter der Austreibungsperiode Schmerzen an der Außenseite der Schenkel und der Füße. Nach Erlöschen der Herztöne wird der vordere Fuß bei tiefstehendem Steiß herabgeholt. Schwere Extraktion und Armlösung. Kurze Zeit nach der Entbindung schmerzhafte Parästhesien an den Außenseiten der Unterschenkel und Füße. Schnell zunehmende Lähmung der Füße. Links totale motorische und sensible Lähmung im Peroneusgebiet, rechts partielle motorische Peroneuslähmung. Nach einem halben Jahre Heilung.

Genaue Beschreibung der anatomischen Verhältnisse der diesbezüglichen Nervenbahnen und des Zustandekommens der Nervenschädigung. Isolierte Peroneuslähmung selten, gewöhnlich wird bei einer Läsion des Plexus ischiadicus der Tibialis, ev. auch der Obturatorius in Mitleidenschaft gezogen. Selten beobachtet ist eine Lähmung der Glutaeen (Fall 2); wahrscheinlich wird eine solche häufig übersehen. Glutaeuslähmung macht einen watschelnden Gang und erschwert das Treppensteigen. Pathognomonisch für die traumatische Entstehung der Lähmung sind die Schmerzen auf der hintern Seite des Oberschenkels, an der Außenseite des Unterschenkels und am Fußrücken, die schon während der Geburt auftreten und denen die Lähmung fast unmittelbar folgt. Zuweilen werden krampfhafte Zuckungen in dem betreffenden Bein unter der Geburt beobachtet (Romberg, Hünermann). Die meisten der beschriebenen Lähmungen sind bei Zangengeburten aufgetreten, einige auch bei Spontangeburten. Die Lähmungen werden oft erst längere Zeit nach der Geburt erkannt, häufig erst beim Aufstehen der Wöchnerin. Lähmung häufig doppelseitig, aber nicht in gleich schwerem Maße auf beiden Seiten. Im Cruralisgebiet kommen nur Neuralgien und Sensibilitätsstörungen vor, keine Lähmungen. Enges Becken spielt eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Paresen, wobei das allgemein verengte Becken ungünstiger ist als das plattrachitische. Die Nervenschädigung kommt am häufigsten vor bei Schädellagen; einigemal bei Beckenendlagen beobachtet. Eine ev. Ursache für die Möglichkeit der Peroneuslähmung bei Beckenendlage erblickt Verf. im gewaltsamen Herunterholen eines Fußes bei im Becken stehenden Steiß. Deshalb ist besondere Vorsicht bei diesem Eingriff am Platze. Die Prognose der puerperalen traumatischen Peroneuslähmungen ist nicht immer eine günstige. Sie ist abhängig von der Dauer und Stärke des Druckes auf den Nerv und von der Ausbreitung der Lähmung. Meist lange Krankheitsdauer. Während des Geburtsverlaufs im Peroneusgebiet geklagte Schmerzen und Parästhesien sind als Warnungszeichen einer drohenden Lähmung zu betrachten. *Eisenbach* (Tübingen).

Foetus und Neugeborenes:

Gildemeister, E., und K. Baerthlein, Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen. (*Kais. Gesundheitsamt, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 21, S. 982—984. 1913.

Verff. untersuchten die Stühle von 70 darmkranken Kindern bakteriologisch. In 9 Fällen wurden zur Ruhrgruppe gehörende Bakterien, in 4 Fällen Paratyphus-Bacillen und in einem Falle Bacillus enteridis Gaertner nachgewiesen. Bacterium Proteus wurde in 31% (bei gesunden Kindern in 9,1%) gefunden, Bacterium pyocyaneus in 10% bezw. 3,5% bacterium commune mutabile in 31% bzw. 7,5%, die vor kurzem von den Verff. beschriebenen Dahlemstämme in 31% bzw. 1,6% der Fälle nachgewiesen. Ihre Schlußfolgerungen lauten: In relativ hohem Prozentsatze werden Bakterien der giftarmen Ruhrgruppe nachgewiesen. Nicht immer hat die Ansiedlung dieser Keime eine Erkrankung zur Folge. Mit Rücksicht auf die Schwere der Erkrankungen bei Gegenwart der Paratyphus-B-Bakterien und der Gaertner-Bacillen scheint es, als ob die genannten Bakterienarten die Darmerkrankungen verursacht haben. Die übrigen

gefundenen Bakterien sind häufige Bewohner des kranken Säuglingsdarms. Der Schluß, daß diese Keime für die Entstehung von Darmkrankheiten bei Säuglingen eine Bedeutung zukommt, kann vorläufig noch nicht gezogen werden. Die Annahme aber, daß sie sekundär schädigend auf den Organismus einwirken, ist nicht von der Hand zu weisen. *Benthin.*

Mitchell, J. Elmsly, Urachal fistula. (Urachusfistel.) Brit. med. journal Nr. **2732,** S. 984—985. 1913.

Mitchell stellte bei einem 4 Tage alten Kinde eine Urachusfistel fest. Aus einer kleinen Öffnung im macerierten Nabelrest, durch die man mit einer feinen Sonde in die Blase gelangen konnte, floß ständig Urin ab. Die umgebende Haut war heftig entzündet. Ohne weitere chirurgische Maßnahmen (Schutz der umgebenden Haut) heilte die Fistel in 14 Tagen ab, während nach 8 Tagen schon die Miktion per urethram begann. *Wiemer* (Herne).

Sachs, E., Über einen Holoacardius mit ausgebildetem Rumpf, Extremitäten und Kopfskelett. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37,** H. 5, S. 639—659. 1913.

Sehr ausführliche Beschreibung einer Mißgeburt mit guter, körperlicher Entwicklung bei völlig fehlendem Herzen. Äußerlich fällt die Kugelform als Folge der Raumbeschränkung auf, ebenso die partielle Wachstumshemmung der unteren Extremitäten durch gegenseitigen Druck. Defekt der Arme. Rachischisis. Anencephalie. Mediane Spaltbildung im Gesichte durch fehlende Vereinigung der Oberkiefer; starke Hypertrophie der Alveolarfortsätze; die Wangen fehlen; große, fleischige Zunge. Defekt von Ureteren, inneren Geschlechtsorganen, Leber, Niere, Nebenniere und Milz bei guter Ausbildung des Darmes. Eine Brusthöhle existiert nicht; von ihren Organen, Lungen mit Luftröhre, Herz und Herzbeutel, Speiseröhre usw. ist keines angelegt. Gute Ausbildung der Gefäße; doppelt angelegte Aorta. — Abbildungen des Acardius von verschiedenen Seiten; Röntgenbild. — Nach Sachs handelt es sich bei dem beschriebenen Falle um einen primären Mangel des Herzens; die gute Ausbildung verdankt das Monstrum seiner guten Gefäßentwicklung. *Schmid* (Prag).

Kondring, Bilder eines Neugeborenen mit einer medianen Spaltbildung des Gesichts, der sog. Doggennase. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 15. III. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. **37,** H. 5, S. 680—681. 1913.

Zwischenkiefer und Vomer fehlten. Es bestand eine mediane Kieferspalte. Die Oberlippe zeigte genau in der Mitte eine Narbe als Ausdruck der späten intrauterinen Verschmelzung. *Zinsser* (Berlin).

Hebammenwesen und -Unterricht:

Royer, B. Franklin, Midwives in Pennsylvania. (Die Hebammen in Pennsylvanien.) (Med. soc. Pennsylvania, Scranton sess., gen. meet. 25. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 4, S. 289—294. 1913.

Hebammen gibt es in Pennsylvanien schon seit den frühesten Zeiten der Einwanderung aus Europa. Ärzte waren damals nur in den größeren Plätzen und sie gingen nur zu pathologischen Geburten. Die besten Hebammen kamen zuerst aus Deutschland, später kamen auch englische, irische und schwedische mit den Kolonisten. Erst seit der Errichtung medizinischer Schulen widmeten sich auch die Ärzte der Geburtshilfe und der Zuzug von Hebammen ließ nach, um dann wieder mit der Entwicklung der Industrie und der Einwanderung zahlreicher Arbeiter und Handwerker zuzunehmen. Besonders die Deutschen, Ungarn, Italiener, Russen und Polen bringen Hebammen mit, von denen aber nur ein kleiner Teil gut und klinisch ausgebildet ist. In vielen Gemeinden treiben auch eingeborene Frauen europäischer Abstammung Geburtshilfe, allerdings ohne jede Vorbildung. Bessere Ausbildung und Überwachung der Hebammen sei anzustreben, um so mehr, als gerade die geburtshilfliche Ausbildung der Ärzte in den Medizinschulen eine absolut unzureichende ist, wie auch eine von Whitridge Williams veranlaßte Rundfrage ergeben hat. Nach statistischen Feststellungen von Abraham Jacoby ist die Zahl der Blennorrhöefälle, sowie der Erkrankungen und Todesfälle an Puerperalfieber in der Ärztepraxis weit höher als in der Hebammenpraxis. Eine 1911 eingeführte Prüfung für die Hebammen (bestehend in der Beantwortung von 14 Fragen) ergab klägliche Resultate. Von 105 weiblichen und 1 männlichen Bewerbern bestanden nur 35 das Examen. Ein gleichzeitig eingeführtes Hebammengesetz trat außer Kraft mit einer Veränderung in der Organisation der Medizinalbehörde. Ein neues Regulativ soll erst ausgearbeitet und gesetzlich

festgelegt werden. Die Anforderungen, die dasselbe an die Vorbildung der Hebammen stellt, sollen ungefähr den in Deutschland bestehenden entsprechen. Doch sollen die Anforderungen nicht gar zu hoch gestellt werden, um nicht den armen Frauen die Erlangung geeigneten Beistandes bei der Entbindung zu erschweren. *Semon.*

Grenzgebiete.

Neurologie und Psychiatrie:

Gilbert, A., Traitement de la migraine. (Die Behandlung der Migräne.) (*Hôtel-Dieu.*) Paris méd. Nr. 24, S. 585—587. 1913.

Zur Bekämpfung des Migräneanfalls werden die gebräuchlichen Mittel: Antipyrin, Pyramidon, Phenacetin und Anilipyrin empfohlen. Und zwar soll möglichst bald eine wirksame Dosis genommen werden. Die wirksame Dosis ist individuell sehr verschieden, aber bei allen Mitteln tritt nach einer gewissen Zeit eine Gewöhnung an das Mittel ein, so daß dann größere Dosen erforderlich werden. Guter Erfolg wurde auch nach Kombination mehrerer dieser Mittel mit Coffein gesehen, z. B. nach folgendem Rezept: Phenacetin 0,2, Pyramidon 0,25, Coffein 0,05. Um auf die Krankheit selbst einzuwirken, d. h. um das Auftreten der Anfälle zu vermeiden, wird eine strenge vegetarische Diät in Verbindung mit Hydrotherapie und dem Gebrauch schwacher Mineralwässer empfohlen. Die Diät, welche genau beschrieben wird, muß auch individualisiert werden, bei schweren Fällen muß eventuell eine strenge Milchdiät für einige Zeit versucht und in gewissen Zwischenräumen immer wieder ein Milchtag eingeschoben werden, bei leichteren Fällen können bald geringe Mengen Fleisch oder Fisch versucht werden. — Auf Regelung der Verdauung ist großes Gewicht zu legen.
Ruhemann (Berlin). A

Gerichtliche Medizin:

Nippe, Ergebnisse mikroskopischer Untersuchungen von Lungen Neugeborener für die Feststellung des Gelebthabens. (*Inst. f. gerichtl. Med., Königsberg.*) Ärztl. Sachverständ.-Zeit. Jg. **19**, Nr. 9, S. 185—188. 1913.

Für die Fälle, in denen der Luftgehalt der Lungen Neugeborener geringer ist als zum Schwimmen gehört, sowie für die, wo der Magen keine Luft enthielt oder versehentlich angeschnitten wurde, macht Nippe den Vorschlag, die Lungen nach histopathologischen Prinzipien zu untersuchen. Er empfiehlt das Serienschnittverfahren für Paraffinschnitte von Schmorl und rät, größere Schnitte anzufertigen, die ein übersichtliches Bild über den ganzen Lungenlappen gestatten. Er hält es für nötig, für jeden Fall mehrere Blöcke herzustellen und eine Reihe von Schnitten durchzumustern. Als Färbungsmethode empfiehlt er Hämatoxilin-Eosin und ferner zum Nachweis der Vernixzellen die Weigertsche Modifikation der Gramfärbung. Geht man so vor, so gelingt es, kleinere Lungenpartien, deren Luftröhrenästchen und Lungenbläschen durch unvollkommene Atmung entfaltet sind, nachzuweisen. Nippe glaubt, daß die mikroskopische Untersuchung der Lungen uns häufiger in den Stand setzen wird, ein präzises und objektiv gestütztes Urteil auszusprechen, und daß sich eine mit gewissem Unbehagen abgegebene Meinung, die lieber vorsichtig sagt: ein strikter Beweis für das Leben hat sich nicht erbringen lassen“ sich oft in eine bestimmte Äußerung wird wandeln lassen. *Bürger* (Berlin).

Pazzi, Muzio, Per la profilassi dell'aborto criminoso e dell'infanticidio. (Zur Prophylaxe des kriminellen Abortes und des Kindesmordes.) Lucina Jg. **18**, Nr. 2, S. 17—19 u. Nr. 3, S. 33—36. 1913.

Hebammenvortrag. Vortr. geht von dem Einfluß psychischer Traumen auf den Organismus der schwangeren Frau aus. Von 25 Schwangeren, die bei Gelegenheit des Erdbebens in Kalabrien und Sizilien 1908 in die Klinik von Genua wegen des psychischen Shocks aufgenommen wurden, erlitt nur eine Unterbrechung der Schwangerschaft. Aber hier handelte es sich um ganz normale Schwangere. Und Bossi betont

ganz besonders den Einfluß psychischer Momente bei der „para"-physiologischen Schwangerschaft, bei mehr oder weniger ausgeprägter Schwangerschaftstoxikose. Diese letztere setzt Verf. in Analogie zur Alkoholintoxikation und erblickt daher auch in jener eine Grundlage verminderter Zurechnungsfähigkeit. Schon die einzelnen Phasen und Wellenbewegungen des normalen weiblichen Sexuallebens sowie die ganze Veranlagung des Weibes gäbe eine Vorbedingung für eine gewisse psychische Labilität. Verf. geht so weit, die Verantwortung für die besagten Verbrechen dem einzelnen Individuum abzunehmen und — außer den körperlich-psychischen Momenten — der menschlichen Gesellschaft und einer unzureichenden sexuellen Erziehung zuzuschreiben. Vom Standpunkt der Prophylaxe fordert er: Anmeldung eines jeden Abortfalles, Feststellung der Vaterschaft in jedem Falle und schließlich Reform der sexuellen Pädagogik zur Erweckung und Vertiefung des Gefühls der Mutterschaft und der persönlichen Würde. Zu diesem Werk der sozialen Prophylaxe fordert er die Hebammen zur Mitwirkung auf. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Corin, G., La mort subite au cours de l'avortement criminel. (Plötzlicher Tod bei kriminellem Abort.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. 27, Nr. 3, S. 256—263. 1913.

Diese Fälle sind an sich ungemein selten. Während einer Tätigkeit von 18 Jahren als Gerichtsarzt kann Verf. nur über 2 derartige Fälle berichten. Der eine davon war eine profuse Blutung aus einem Uteringefäß, der andere ein Fall von Luftembolie, wo sich bei einem 5 cm im Durchmesser großeu Ei durch Einführung einer Spritze zwischen der Placenta materna und den Chorionzotten eine etwa bohnengroße, artifizielle Ablösung fand. Gleichzeitig wurde in den direkt unter dem Epikard gelegenen Venen Luft nachgewiesen, desgleichen im rechten und linken Vorhof bei offen gebliebenem Foramen ovale. Als einzig scharfes Kriterium, ob Luftembolie oder Gas durch gasbildende Infektionserreger vorhanden ist, schlägt Verf. in zweifelhaften Fällen chemische Analyse vor. *Franz* (Nürnberg).

Birnbaum, Karl, Die kriminelle Eigenart der weiblichen Psychopathen. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 52, Heft 3—4, S. 364—377. 1913.

Bei der Erörterung der Bedeutung, welche die Zugehörigkeit des weiblichen Geschlechtes für die Kriminalität psychopathischer Personen besitzt, muß man von den spezifischen weiblichen Eigentümlichkeiten ausgehen, die teils episodisch durch die physiologischen Generationsvorgänge, teils dauernd durch die habituelle weibliche Eigenart bedingt werden, und zusehen, wieweit sie die psychopathische Wesensart und ihre Äußerungen speziell in der Richtung auf Unsoziale beeinflussen und bestimmen. In dieser Hinsicht bespricht Verf. zunächst die besondere Wirkungsweise der verschiedenen Phasen des weiblichen Sexuallebens auf psychopathische Naturen (Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Laktation, Pubertät und Klimakterium), die sämtlich mehr oder weniger mit tiefgehenden Umwälzungen der körperlichen Organisation und auch des seelischen Lebens schon beim normalen Weib einhergehen. Je mehr die betreffende Person psychisch affizierbar, seelisch anfällig ist und je stärker pathologisch sie schon von Natur ist, in um so höherem Grade treten diese Zustände in die Erscheinung, und bei direkt psychopathisch veranlagten Naturen werden sie in besonders hohem Grade wahrgenommen. Solche Frauen kommen daher in den kritischen Zeitperioden leichter zu kriminellen Entgleisungen, am leichtesten zu impulsiven und triebartigen Akten (Feueranlegen, Totschlag, Warenhausdiebstahl). Die größte Bedeutung für die weibliche Psychopathin und ihre Kriminalität besitzt die Pubertätszeit. Die Einflüsse, welche dauernd auf die weiblichen Psychopathen einwirken und sie in schlechtem Sinne beeinflussen, liegen in der habituellen weiblichen Eigenart. Als solche speziell weibliche Charakterzüge zählt Verf. auf: erhöhte Affektivität im allgemeinen, vor allem verstärkte Gefühls- und Affekterregbarkeit und gesteigerte Gefühlsäußerungen, gesteigerte Gefühlslabiltität, abnorme Unbeständigkeit, leichten Wechsel und Umschlag der Emotionen, sodann Vorherrschaft des Gefühls im seelischen Leben, Neigung zu gefühlsmäßiger Auffassung, Beurteilung und Bewertung der Dinge, zu gefühlsmäßige Stellungnahme zu ihnen, Neigung zu instinktiven, impulsiven Handlungen, mangelnde Vernunft- und Verstandesherrschaft, mangelnde

Objektivität des Urteils und der Kritik, Hervortreten der Phantasie im seelischen Leben, innere Haltlosigkeit gegenüber auftauchenden Regungen, insbesondere auch gefühlsmäßigen (Stimmungen, Launen usw.), erhöhte Beeinflußbarkeit von außen her und herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegen äußere Anreize, Verlockungen und Verführungen. Bei den psychopathischen Naturen finden sich alle diese Züge stärker ausgeprägt. Am meisten stimmt mit diesem psychischen Geschlechtstypus des Weibes der sogenannte hystero-degenerative Charakter überein. Man kann wohl mit Recht behaupten, daß die hysterische Verbrecherin für die Hauptvertreterin weiblicher psychopathischer Kriminellen gelten kann. Von der spezifisch weiblichen Kriminalität der Psychopathen ist in erster Linie die Prostitution zu nennen, ferner gewisse Delikte mit sexueller Färbung (geschlechtliche Falschbeschuldigung, Liebesverfolgungen). Die Kombination der weiblichen Eigenart mit psychopathischer Artung kann als ein die Zurechnungsfähigkeit herabminderndes Moment angesehen werden; sicher muß solche angenommen werden, wenn ein psychopathisches Weib in einer der episodischen sexuellen Phasen bei Begehung eines Deliktes sich befand. Es tritt hier eben ein Moment organischer Herkunft hinzu, das in zwingender Weise den Willensvorgang beeinträchtigt, die freie Willensbestimmung stört. Damit sind die Bedingungen für eine — und zwar meist temporäre — Herabminderung der Zurechnungsfähigkeit gegeben. *Buschan.*

Soziales. Statistik:

Hirsch, Beiträge zur Stillungsnot in München. (Bayrische gynaekol. Gesellsch. Sitzung 9. III. 1913.) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 20, S. 737—738. 1913.

Statistik über die Stillverhältnisse bei sämtlichen Kindern von 300 Müttern, welche im Winterhalbjahr 1911/1912 die Poliklinik aufsuchten. Von den 1207 Kindern starben im ersten Lebensjahr 385 = 31,9%. Die Säuglingssterblichkeit der Stadtkinder betrug 30,1%, die der Landkinder 35,3%. Nicht gestillt wurden 695 = 57,6%, länger als 3 Monate wurden nur 20,8% gestillt. — Von den im ersten Jahre gestorbenen Kindern wurden 74,5% nicht und nur 3,7% länger als 6 Monate gestillt. Ferner ergibt die Statistik, daß je länger die Kinder gestillt werden, um so geringer die prozentuelle Sterblichkeit ist: es starben von den nicht gestillten 38,2%, von den über 3 Monate gestillten 14,9%, und von den über 6 Monate gestillten nur 7,3%. Was die Gründe des Nichtstillens anbetrifft, so kommen für München und Umgegend hauptsächlich die sozialen Verhältnisse, mangelnde Aufklärung und Nachlässigkeit der Mütter in Betracht. *Ruhemann* (Berlin).

Brüning, H., und W. Stein, Die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz, nebst Bemerkungen über ihre Ursachen und Bekämpfung. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Erg.-H. **3**, S. 141—222. 1913.

Die Autoren haben an der Hand eines zuverlässigen Zahlenmaterials detaillierte Angaben über die Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Strelitz gegeben und die Ursachen der Sterblichkeit für die einzelnen Teile des Landes (Städte, Flecken, Erbpachtgüter, Domänen und Bauerndörfer) nachgeforscht. Die Sterblichkeitsziffern des Herzogtums Strelitz betreffen den 12jährigen Zeitraum von 1898 bis 1909. Die Zahlen sind durch eine Anzahl von Kurven, Tafeln anschaulich gemacht. Angeschlossen sind Erörterungen über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit und endlich Vorschläge für die Bekämpfung derselben. Eine unerläßliche Voraussetzung für die Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist es, vor der Einrichtung derselben, die Ermittlung der tatsächlichen Verhältnisse, die zu der hohen Säuglingssterblichkeit führen, vorzunehmen. *Rott* (Berlin).

Säuglingssterblichkeit in Bayern im Jahre 1912. Veröffentlich. d. k. bayerisch. statist. Landesamtes München. 1913.

Nach den Zusammenstellungen des K. Statistischen Landesamts sind im Jahre 1912: 37 006 Kinder unter einem Jahr gestorben (ohne die Totgeborenen). Dies bedeutet gegenüber dem vorausgegangenen Jahr eine Minderung um 9659 = 20,7%. Darunter befinden sich 30 855 eheliche und 6151 uneheliche Kinder. Setzt man die Zahl der im Jahre 1912 gestorbenen Säuglinge in Beziehung zu der Zahl der in diesem Jahr Geborenen, so stellt sich die Säuglingssterblichkeitsziffer im Jahre 1912 auf 17,7

gegen 22,3% im Jahre 1911. Bei den ehelichen Säuglingen ist die Sterbeziffer von 21,3 auf 16,9% und bei den unehelichen von 29,3 auf 23,4% gesunken. Nach Größenklassen der Gemeinden verteilen sich die im Jahre 1912 gestorbenen und die in diesem Jahre geborenen Säuglinge folgendermaßen:

	gestorbene Säuglinge absolut	%	Lebendgeborene absolut	%
Gemeinden mit unter 2 000 Einw.	23 137	62,5	124 658	59,7
„ „ 2 000— 5 000 „	4 194	11,3	23 335	11,2
„ „ 5 000— 20 000 „	2 673	7,2	15 671	7,5
„ „ 20 000—100 000 „	3 181	8,6	19 496	9,3
„ „ über 100 000 „	3 821	10,4	25 616	12,3
	37 006	100	208 776	100

Danach sterben auf dem Lande verhältnismäßig etwas mehr Säuglinge (62,5%) als seinem Prozentanteil an der Gesamtmasse aller Lebensgeborenen (59,7%) entsprechen würde. Die in der üblichen Weise (auf 100 Lebendgeborene) berechnete Säuglingssterblichkeitsziffer beträgt für die

	1912 %	1911 %
Gemeinden mit unter 2 000 Einw.	18,6	23,1
„ „ 2 000— 5 000 „	17,0	23,2
„ „ 5 000— 20 000 „	17,1	21,7
„ „ 20 000—100 000 „	16 3	19,9
„ „ über 100 000 „	14,9	19,7

Gegenüber dem Vorjahre ist die Säuglingssterblichkeit in allen Gemeindegrößenklassen gesunken. Ungefähr ein Drittel der im 1. Lebensjahr verstorbenen Kinder lebte nicht einmal einen Monat, mehr als die Hälfte nicht ein Vierteljahr. Es starben nämlich

	von 100 der gestorbenen Säuglinge 1912	1911
am 1. Tage	10,5	8,3
in der ersten Woche .	18,8	15,9
im 1. Monat	37,3	33,1
im 2. „	12,6	12,6
im 3. „ . . .	10,4	10,5
im 1. Vierteljahr . .	60,3	56,2
im 2. „ .	19,9	21,9
im 3. „ .	11,9	12,9
im 4. „ .	7,9	9,0

Im Vorjahre waren die über ein Vierteljahr alten Säuglinge an der Sterblichkeit stärker beteiligt als im Berichtsjahre. Die Tatsache, daß die unehelichen Säuglinge etwas früher sterben als die ehelichen, trifft auch für das Jahr 1912 zu. Während von den verstorbenen ehelichen Säuglingen 59,7% im 1. Vierteljahr starben, beträgt dieser Anteilsatz bei den unehelichen 62,9%. Im Jahre 1912 weisen nur 2 Monate eine größere Zahl gestorbener Säuglinge auf als die entsprechenden Monate des Vorjahres, nämlich Mai und Dezember:

	Gestorbene Säuglinge 1912 absolut	%	1911 absolut	%
Januar . . .	2 846	7,7	3 359	7,2
Februar . .	3 150	8,5	3 250	7,0
März . . .	3 590	9,6	3 748	8,0
April	3 434	9,3	3 558	7,6
Mai	3 506	9,5	3 434	7,3
Juni	2 998	8,1	3 205	6,9
Juli	3 228	8,7	4 602	9,9
August . . .	3 241	8,8	6 368	13,6

September .	2 716	7,3	6 146	13,2
Oktober. . .	2 786	7,5	3 751	8,0
November .	2 598	7,0	2 602	5,6
Dezember . .	2 913	8,0	2 642	5,7
zusammen	37 006	100	46 665	100

Einen besonders starken Rückgang gegenüber dem Vorjahr weisen die Monate Juli, August und September auf. Er beruht wohl wesentlich darauf, daß das Jahr 1911 unter anormaler Hitze zu leiden hatte, während für das Jahr 1912 eine solche nicht in Frage kam. Bekanntlich wird der großen Gefahr, die die Sommerhitze für das Leben der Säuglinge bedeutet, am besten durch Stillen der Säuglinge an der Mutterbrust, durch besondere Vorsicht in der Milchbehandlung bei künstlicher Ernährung, durch nicht zu warme Bettung der Säuglinge sowie durch entsprechende Kühlung der Wohnräume vorgebeugt.

Borchardt, Eugen, Die Mitarbeit der weiblichen Schuljugend im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit in New York. Erg.-H. d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. 1, H. 4, S. 226—268. 1913.

Die verschiedenen Wohltätigkeitsorganisationen, die sich auf Einzelbelehrung, Beschaffung von Milch usw. erstreckten, haben sich in New York wegen der Verständnislosigkeit des Publikums als unzulänglich erwiesen. Deshalb wurden 1908 durch Ärzte und Pflegerinnen gelegentlich kleine Vorträge veranstaltet. Dabei zeigte es sich, daß die Mütter selbst meist viel weniger Interesse für die Sache aufbrachten als die halberwachsenen Mädchen, denen in der Familie vielfach die Pflege der Jüngsten ganz anvertraut ist. Auf dieser Beobachtung baute sich die neue Organisation auf. In der Ferienzeit wurden in Schulhallen Mädchen von 10—14 Jahren, später wegen des zu großen Andranges solche von 12—14 Jahren zu Versammlungen einberufen und dort zu ganz freiwilligen „little mothers leagues“ vereinigt, wobei hübsch ausgestattete Meldungskarten, Abzeichen, kleine Kostümfeste und Aufführungen das äußere Band fester knüpfen halfen. Hier hielten nun Ärzte, Lehrerinnen und Pflegerinnen ihre Vorträge und Demonstrationen, vorläufig noch ohne Honorar. Die Mortalität der Säuglinge scheint seitdem auch tatsächlich heruntergegangen zu sein. Jedenfalls sind die Urteile weiter Kreise über die neue Einrichtung durchaus günstig; sogar die Eltern scheinen sich dazu zu bekehren. Borchardt kritisiert einiges, so z. B., daß die Kurse erst im Sommer beginnen, daß manches von dem Gelernten noch nicht ganz einwandfrei ist; aber er lobt rückhaltlos die Disziplin und das lebhafte Interesse der Mädchen und die vorzügliche persönliche Eignung der Vortragenden. Ähnliche Einrichtungen wären bei uns dringend zu wünschen. — In der Anlage findet man die ganzen Vorschriften der Organisation und den allgemeinen Rahmen für den Lehrplan, der auf 12 Vorträge aufgeteilt ist. *Kermauner* (Wien).

Delefosse, E., Considérations sur la natalité française. (Betrachtungen über die Geburten in Frankreich.) Enfance Jg. 1, Nr. 3, S. 170—194. 1913.

Eingehende Besprechung des Geburtenrückganges in Frankreich unter Vergleich mit anderen Ländern, welche von dieser Kalamität weniger betroffen sind. Von den Ursachen der Bevölkerungsabnahme werden ausführlich analysiert die Bestrebungen zur Herabdrückung der Kinderzahl bei der einzelnen Familie (wobei Verf. gegen den Neo-Malthusianismus Stellung nimmt), die herrschenden Sitten und Gewohnheiten, welche die Häufigkeit des artefiziellen Abortus begünstigen, wozu Verf. u. a. auch die vielen freisprechenden Gerichtsurteile beim Verbrechen gegen das keimende Leben, die schlechte Stellung der Hebammen, die Ankündigungen in den Zeitungen, ja sogar die Asepsis bzw. Antisepsis zählt. Ferner kommen als begünstigend für den Wunsch nach weniger zahlreicher Nachkommenschaft einzelne französische Gesetze bezüglich des Erbrechtes in Betracht; ebenso befördern Alkoholismus und Tuberkulose die Depopulation. Als Heilmittel gegen alle die genannten Schäden hält Verf. gesetzliche Bestimmungen für unzureichend und erwartet bessere Erfolge

von öffentlicher und privater Aufklärungsarbeit, da die Bevölkerungsabnahme in letzter Linie von dem Willen der beiden Ehegatten abhängt; diesen Willen derart zu beeinflussen, daß der Wunsch nach zahlreicher Nachkommenschaft lebhaft werde und sich in die Tat umsetze, ist das zu erstrebende Ziel. *Schmid* (Prag).

Graßl, Mutter und Kind gehören zusammen. Die Notwendigkeit der Tageskrippen. Blätter f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 8, S. 226—233. 1913.

Propagandavortrag für die Tageskrippen. Interessante historische Notizen über das ledige Kind, den Kindsmord und die Kinderernährung. Mit Einführung der künstlichen Ernährung ist der Kindsmord zurückgegangen, ist eine ausgiebige Beteiligung der Frau am Erwerbsleben möglich geworden, auch das Ammenwesen zurückgegangen. Diesen gewiß bedeutenden Vorteilen stehen jedoch schwere Bedenken gegenüber. Mit der Trennung von Mutter und Kind geht die Zahl der Geburten zurück, und an Stelle des Kindsmordes tritt die Kindesvernachlässigung, trotz aller Säuglingsfürsorge. Es fragt sich deshalb sehr, ob wir mit den Bemühungen um die Säuglingsfürsorge auf dem rechten Wege sind. Nicht die absolute Größe der Kindersterblichkeit ist wichtig, sondern die Größe des für die Volkserneuerung bleibenden Überschusses. In diesem Punkte scheinen zwischen den Völkern mit Flaschen- und jenen mit Brusternährung wichtige Unterschiede zu bestehen. Deutschland mit seiner Halbtrennung drückt auf Frankreich mit seiner vollständigen Trennung, und die Slawen mit ihrer festen Verbindung zwischen Mutter und Kind drücken auf Deutschland. Die Vereine für Säuglingsfürsorge müßten daher trachten, die Aufzucht der Kinder möglichst nicht zu verteuern, und das Kind wieder mehr an die Mutter zu binden. Ein Mittel, welches in diesem durchaus sozialen Dilemma wenigstens teilweise Abhilfe schaffen kann, ist die Tageskrippe, die es der Mutter tagsüber ermöglicht, dem Erwerb nachzugehen und ihr dabei nachts doch das Kind beläßt. Sie müßte den Müttern für einen möglichst niederen Pflegesatz (etwa 20 Pf. pro Tag) zur Verfügung stehen; die übrigen Kosten hätten die Großindustriellen aufzubringen. Die Krippen sind durchaus nicht überall nötig; aber wo die Bevölkerung dazu neigt, Mutter und Kind zu trennen, sollten sie eingeführt werden. *Kermauner* (Wien).

Welde, Ernst, Über das Schicksal von 396 kongenital syphilitischen Kindern und die Notwendigkeit einer organisierten Fürsorge. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 7, H. 5/6, S. 451—471. 1913.

Angeborene und erworbene Syphilis der Säuglinge ist verbreiteter, als angenommen wird. Verhältnismäßig selten wird vollständige Ausheilung beobachtet, trotzdem diese erwiesenermaßen durchaus möglich ist, weil bei der fluktuierenden Großstadtbevölkerung die Kinder zu kurze Zeit in Behandlung bleiben. Da aber die infizierten Kinder auch für ihre ganze Umgebung verhängnisvoll werden können und es nicht möglich — besonders für eine Millionenstadt wie Berlin — und in bestimmten Fällen nicht ratsam ist, alle Kinder in besonderen Heimen oder in Krankenhäusern manchmal jahrelang zu behandeln, so empfiehlt Verf. die offene Fürsorge, wie sie bereits bei Tuberkulose usw. besteht, auch auf syphilitische Säuglinge auszudehnen: Alle zur Kenntnis des Arztes gelangten Fälle von angeborener oder erworbener Kindersyphilis, soweit sie nicht privatim weiter behandelt werden, müssen einer Fürsorgestelle gemeldet werden und so lange unter Behandlung und Kontrolle bleiben, bis endgültige Heilung oder der Tod eingetreten ist. *Ehrenberg* (Berlin).

Dew, H. W., Sterilization of the feeble-minded, insane and habitual criminals. (Sterilisieren der Schwachsinnigen, Irsinnigen und Gewohnheitsverbrecher.) Virginia med. semi-month. Bd. 18, Nr. 1, S. 4—8. 1913.

Da der Unterhalt und Internierung dieser Kategorie Menschen dem Staate ganz gewaltige Kosten auferlegt, etwa 1/7 aller Ausgaben, so schlägt Dew für den Staat Virginia die Sterilisierung der Genannten vor, wie sie schon in anderen nordamerikanischen Staaten geübt wird. Bei Männern genüge die beiderseitige Vasektomie, die völlig gefahrlos sei, auch bei Frauen böte die Laparotomie nur geringe Gefahren, da unter 100 Fällen höchstens 1—2 mal ein Exitus sich ereigne. *Wiemer* (Herne).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band II, Heft 4. sowie deren Grenzgebiete. S. 193—240

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Dalché, Paul, Aménorrhée pubérale, bains de mer, hydrothérapie, climatologie. (Pubertätsamenorrhöe.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 59, S. 955—958. 1913.

Verf. gibt die ausführliche Krankengeschichte eines jungen, körperlich wenig entwickelten Mädchens in den Entwicklungsjahren, bei dem sich im Anschluß an einen Aufenthalt an der See eine totale Amenorrhöe eingestellt hatte, und bespricht im Anschluß die Indikationen und Kontraindikationen für einen Aufenthalt an der See. Indiziert ist ein solcher bei allgemeiner Schwäche, bei Status lymphaticus, bei Rachitis, bei im Wachstum zurückgebliebenen Mädchen, bei gewissen Formen von Amenorrhöe. Kontraindiziert ist der Aufenthalt an der See bei aufgeregten, nervösen jungen Mädchen, die Symptome einer Hyperfunktion des Ovariums zeigen; bei amenorrhoischen Mädchen mit Basedowsymptomen ist ein Aufenthalt an der See unter allen Umständen zu verbieten, da hier häufig eine bedeutende Verschlimmerung des Zustandes zu beobachten ist. Verf. bespricht ferner einige allgemeine Gesichtspunkte der Hydrotherapie und der Wirkung des Höhenklimas auf den Gesamtorganismus. *E. Engelhorn* (Erlangen).

Jores, L., Über eine verbesserte Methode der Konservierung anatomischer Objekte. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 18, S. 976. 1913.

Die Vorschrift lautet: 1. Härtung der Objekte in einer Lösung von 5 Teilen künstlichen Karlsbader Salzes, 5 Teilen Formol, 5 Teilen konzentrierter wässeriger Chloralhydratlösung und 100 Teile Wasser. Mehrfacher Gebrauch der Flüssigkeit zulässig. 2. Gründliches Wässern (6 Stunden und länger). 3. Einbringen in Lösung von Kalium, Natrium, acet. 30, Glyzerin 60, Wasser 100. *Aschheim.*

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Bell, W. Blair, The Arris and Gale lectures on the genital functions of the ductless glands in the female. (Die genitalen Funktionen der Drüsen mit innerer Sekretion bei der Frau.) Brit. med. journal **2726,** S. 652—655. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 817.

Jaquerod, L'opothérapie ovarienne dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Die Organtherapie mit Eierstockssubstanz bei der Behandlung der Lungentuberkulose.) Rev. méd. de la Suisse Romande Jg. **33,** Nr. 5, S. 397—401. 1913.

Jaquerod empfiehlt gegen die vor oder während der Menstruation eintretende Verschlechterung im Befinden tuberkulöser Frauen — Aufflackern tuberkulöser Lungenherde, Temperatursteigerung, Hämoptoe — die Anwendung einer ovariellen Therapie, während er Schilddrüsenpräparate bei Tuberkulösen verwirft. Bei vier jungen Mädchen wurden unter der Eierstockstherapie die Perioden regelmäßiger, die Lungensymptome geringer und die menstruellen Temperatursteigerungen blieben aus. Entsprechend war der Erfolg bei drei an menstrueller Hämoptoe leidenden Frauen. Schon 1909 hat Wittgenstein (Wien), ausgehend von der Seltenheit der Eierstockstuberkulose auf Grund von Experimenten dem Ovarialextrakt antituberkulöse Eigenschaften zugeschrieben. J. verwendet trockenen, nichtflüssigen Ovarialextrakt und läßt ihn 8 bis 10 Tage vor Eintritt der Regel nehmen, bei Hämoptöe auch während der ganzen Dauer der Periode. Die Kur kann ein Jahr und darüber fortgesetzt werden. *Bab.*

● **Tandler, Julius, und Siegfried Grosz, Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere.** Berlin, Springer. 1913. 169 S. M. 8.—.

„Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind ursprünglich Systemmerkmale und verdanken in letzter Linie dem harmonischen Zusammenwirken der Drüsen mit innerer Sekretion ihre Entwicklung und Ausbildung. Alle sekundären Geschlechtscharaktere waren zunächst Speziescharaktere, also Eigenschaften, die für eine bestimmte Spezies, ja vielfach für eine Ordnung der Vertebraten charakteristisch waren, ohne daß sie primär mit der Genitalsphäre in Zusammenhang standen.“ Zum Beweis für die Richtigkeit dieser Theorien werden im Verlauf der Beweisführung folgende Befunde mitgeteilt: Kastration von Rehböcken zur Zeit des gefegten Geweihes verursacht Abwurf des Geweihes innerhalb kurzer Zeit und Entwicklung eines Perückengeweihes. Kastration zu einer Zeit, in der sich das Geweih noch im Bast befindet, hat unmittelbare Überführung desselben in ein Perückengeweih zur Folge. Kastration des weiblichen Rehes bringt keinerlei Veränderung bezüglich Geweihbildung mit sich. — Bei Hirschen bewirkt die Kastration nicht die Ausbildung eines Perückengeweihes, sondern nur die eines langen Stangengeweihes, das nie gefegt und nie abgeworfen wird. Die Kastration der Hirschkuh bleibt ohne Einfluß auf die Geweihbildung. Die sekundären Geschlechtsmerkmale menschlicher Kastraten (Skopzen) verhalten sich folgendermaßen: das Gesicht ist im allgemeinen bartlos, im Alter bekommen Skopzen eine ziemlich ausgeprägte Bartentwicklung am Kinn und oberhalb der Mundwinkel ähnlich der bei alten Frauen. Charakteristische Fettablagerungen finden sich an den Nates, den Mammae, den Trochanteren, den Cristae ossis ilei, der Unterbauchgegend am Mons veneris und an der lateralen Seite der oberen Augenlider. Die Extremitätenknochen zeigen eine Persistenz der Epiphysenfugen. Die Schilddrüse ist auffällig klein, 13 g Gewicht gegen 45,8 g der normalen Schilddrüse. — Die Bedeutung des interstitiellen Teiles der Geschlechtsdrüsen für die Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale erhellt aus folgenden Beobachtungen: 3 Rehböcke, die bis zur Zerstörung der Kanälchenepithelien der Hoden beiderseits röntgenbestrahlt wurden, bei denen aber die Zwischenzellen unverändert waren, zeigten keine Regelwidrigkeiten in der Ausbildung und im Abwurf des Geweihes. — Die an 2 Rehböcken ausgeführte Unterbindung und Durchschneidung der Ductus deferentes blieb ohne Einfluß auf die Geweihbildung. Die mikroskopische Untersuchung der Hoden ergibt dabei Aufhören der Spermatogenese und Verödung der samenbildenden Kanälchen, die Zwischenzellen bleiben aber intakt. Individuen mit Kryptorchismus weisen normale Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere auf. Die mikroskopische Untersuchung kryptorcher durch Exstirpation gewonnener Hoden zeigt Mißbildungen im generativen Abschnitt, während der interstitielle Anteil mehr oder weniger normal ist. Aus all dem ergibt sich, daß die reguläre Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale von dem Intaktsein des interstitiellen Abschnittes der Geschlechtsdrüse abhängig ist. *Schlimpert.*

Allgemeine Diagnostik:

Münzer, E., Weitere Beiträge zur Methodik der Blutuntersuchung. Med. Klinik Jg. 9, Nr. 18, S. 716—717. 1913.

Beschreibung eines dem Bürkerschen resp. dem Hirschfeldschen Kolbenverfahren im Prinzip ähnlichen Apparates zur Zählung der roten und weißen Blutkörperchen, sowie einiger Modifikationen zur besseren Fixierung des Deckglases an der Bürkerkammer. *Schlecht* (Kiel).*

Allgemeine Therapie:

Bordier, R., Les progrès de la radiothérapie en gynécologie. Ses avantages. Sa technique précise. Ses indications et contre-indications. Ses résultats. Son avenir. (Die Fortschritte der Röntgentherapie in der Gynaekologie, ihre Vorteile — genaue Technik. Indikationen und Kontraindikationen.

Resultate — Zukunft.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 44, S. 120—131. 1913.

Die Arbeit ist in den Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen **20**, S. 1—8. 1913 von E. Peters (Hamburg) übersetzt erschienen und bereits in diesem Zentralblatt Bd. I, Heft 10, S. 419 referiert worden. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Charlier, Disparition d'un fibrome utérin, avec conservation de la menstruation. Technique radiothérapique. (Verschwinden eines Uterusmyoms mit Erhaltenbleiben der Menstruation. Röntgentherapeutische Technik). Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 44, S. 111—115. 1913.

Charlier bestrahlt abwechselnd eine Uterushälfte mit Adnexen, indem er die andere und die ganze Umgebung mit Blei sorgfältig abdeckt. Filtrierung der Strahlen von 8 Benoist durch ein 1,5-mm-Aluminiumfilter, keine Kompression, Antikathodenabstand 15 cm. Er bestrahlt nach Bedarf jede Woche oder in längeren Zwischenräumen je nach dem Erfolg und der Ätiologie der Blutungen. Entsprecchend variiert die Dauer der Behandlung. Nur manchmal treten Allgemeinstörungen auf, wie Abgeschlagenheit und Schlaflosigkeit, ab und zu auch eine lokale Reaktion, indem nach der Bestrahlung sich ein unangenehmes stechendes Gefühl in der Haut einstellt. Nur selten traten leichte vorübergehende Erytheme auf. Einige Frauen klagten auch wenige Stunden nach der Bestrahlung über kolikartige Leibschmerzen. Die Blutung hörte in einigen Fällen plötzlich nach der ersten Bestrahlung auf, meist aber erst im Laufe der Behandlung, spätestens nach 2 Monaten. Die Menses verschwanden nach 2—4 Monaten. Bei manchen Frauen traten sie freilich wieder auf nach einer Pause von 6—8 Monaten, um engdültig wieder zu verschwinden nach Wiederaufnahme der Bestrahlung. Alle Pat. hatten das 40. Lebensjahr überschritten. Ausfallserscheinungen fehlten. In allen Fällen war eine Verkleinerung der Myome zu konstatieren. Ein Wachsen eines Myoms während der Behandlung wurde nie gesehen. In keinem Falle machte sich ein operativer Eingriff notwendig. Zum Schluß berichtet Ch. über einen Fall von Verschwinden eines Myoms mit Erhaltenbleiben der Regel: 17jähriges Mädchen mit starken Menorrhagien erkrankte an einer Pelviperitonitis; dabei wurde ein kindskopfgroßes Myom festgestellt. Wegen Verdacht auf Lungentuberkulose und wegen Mitralfehler Einleitung der Röntgenbestrahlung. 14 Sitzungen. Die Periode wurde normal, der Tumor hatte sich ganz zurückgebildet und der Uterus wieder normale Größe. *Vogt* (Dresden).

Jedlicka, Rudolf, Sur la radiothérapie des tumeurs malignes. (Über die Radiotherapie maligner Tumoren.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. **16**, Nr. 4, S. 263—265. 1913.

Verf. hat 156 bösartige Geschwülste mit Röntgenstrahlen behandelt. Unter bestimmten Bedingungen ist es möglich, jedes Carcinom oder jeden bösartigen Tumor lokal vollständig zur Heilung zu bringen. Die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen auf ein Neoplasma ist abhängig von der Quantität der absorbierten aktiven Strahlen und demzufolge von der direkten oder unmittelbaren Strahlenwirkung auf den Tumor, ferner von der histologischen Beschaffenheit dieses (sie ist proportional dem Zellreichtum der Geschwulst) und endlich von der Schnelligkeit seines Wachstums. Verf. hat lokale Heilungen bei großen Rezidiven von Mammacarcinomen, selbst beim Cancer en curasse erzielt. Der lokale Heilerfolg verhindert aber nicht, daß sich Metastasen entwickeln. Bei operablen bösartigen Tumoren könne die Röntgenbestrahlung keinesfalls einen operativen Eingriff ersetzen. Die Radiotherapie soll nur zur Ergänzung der chirurgischen Maßnahmen dienen und als palliative Methode Geltung haben. *Konjetzny.*[CH]

Strauss, Strahlentherapie. Med. Klinik Jg. 9, Nr. 22, S. 876—879. 1913. Übersichtsreferat.

Holzknecht, G., Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabouraud-Noiré-Tabletten. Bemerkung zu der Mitteilung von Dr. A. Gunsett-Straßburg in Münch. med. Wochenschr. Jg. 60 Nr. 18. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1150 bis 1151. 1913.

Verf. möchte feststellen, daß die eigens konstruierten Vorrichtungen zum Ablesen der Original-Sabouraud- und der Bordierschen Pastillen als konstante Lichtquellen mit Farbfilter zwar sehr empfehlenswert, aber für seine Skala zum Sabouraud überflüssig sind, weil die betreffenden Vorrichtungen für seine Skala nur ohne Filter benutzt werden können, da als Meß- und Testfarbe von ihm eigens das gleiche Material, nämlich Bariumplatincyanür benutzt wurde, um bei Kohlenfadenglühlampe abgelesen werden zu können. *Monheim* (München).

Moses, Leo, Kombinierte Filter zur Erzielung eines günstigen Verhältnisses zwischen Oberflächen- und Tiefen-Dosis. Zentralbl. f. Röntgenstrahl., Radium u. verw. Geb. Jg. 4, H. 4, S. 131—133. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß zwischen der Technik von Gauß und Albers-Schönberg kein wesentlicher Unterschied besteht, wenn man die Dosis pro qcm Haut berechnet, und ebenso ist die Tiefenausbeute bei beiden Radiotherapeuten fast gleichmäßig gering. Um die Tiefenwirkung zu steigern, versuchte Verf., sich die Sekundärstrahlung des Silbers nutzbar zu machen, die nach Jaksch biologisch wirksamer und für die Haut weniger schädlich ist als die Röntgenstrahlung. Er kombinierte bei 20 cm Fokushautabstand mehrere Filter: 0,02 mm Silber in Holzkapsel mit 2 mm Aluminium in 8 cm Hautabstand, dazu 3 mm Aluminium in 3 mm Hautabstand. Mit diesem Filter erhielt er in 8 cm Tiefe bei weniger als 10 Benoist Röhrenhärte 2,5 X bei 9,5 X Hautdosis, bei mehr als 10 Benoist 2,5 X bei 6,1 X Hautdosis, während Dessauer und Janus das gleiche (2,5 X) nur bei 14 X Hautdosis erreichten. Bei 2 M. A. Belastung konnte Verf. in $2^{1}/_{2}$ Minuten 1 X durch das kombinierte Filter verabfolgen. Der einzige Nachteil ist die längere Bestrahlungsdauer. *Monheim* (München).

Scholz, Ergebnisse und Fortschritte auf dem Gebiete der Physiotherapie. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. Jg. 42, H. 11, S. 417—427. 1913.

Sammelbericht.

Farkas, Martin, Hat die Hydrotherapie unmittelbare psychische Wirkungen? Pest. med.-chirurg. Presse Jg. **49,** Nr. 21, S. 173—176. 1913.

Verf. meint, daß die Hydrotherapie hauptsächlich auf die Blutzirkulation im Zentralnervensystem einwirkt und damit auch unmittelbar auf die Psyche, die er als „einen Faktor, den wir nicht determinieren können" bezeichnet, der aber „im Grunde doch nichts anderes ist als eine uns noch unbekannte hoch organisierte Funktion unseres Körpers". Er warnt vor einseitiger psychotherapeutischer Behandlung, die er nur gelegentlich als unterstützendes Moment herangezogen wissen will. *Schirmer* (Marburg).

Tilles, Randall S., Hypophyseal extract in obstetrics and gynecology. (Hypophysenextrakt in Geburtshilfe und Gynaekologie.) Interstate med. journal Bd. **20,** Nr. 5, S. 451—459. 1913.

Übersichtsreferat.

Allgemeine Chirurgie:

Fossati, Giuseppe, Contributo allo studio della disinfezione e della protezione della mano. (Untersuchung über die Desinfektion und den Schutz der Hand). (*Istit. ostetr.-ginecol. di perfez., Milano, ed annessa r. scuola di ostetr.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35,** Nr. 1, S. 1—33. 1913.

Wie andere Autoren behandelt Verf. die Hände mit Warmwasser, Seife und Bürste und danach verschieden lange Zeit mit 60% Alkohol mit und ohne Zusatz von Thymol, Metacresol und Chlorthymol, auch $2^{0}/_{00}$ Sublimatlösung; darüber werden starke sterile Gummihandschuhe gezogen. Nach verschieden langen Zeiträumen werden der Haut Partikel entnommen, in Fleischbrühe gebracht und die Zahl der sich entwickelnden Kolonien festgestellt. Bei jeder Methode werden zahlreiche gefunden. Eine Anzahl Mikrophotographien begleitet die Arbeit. *Berberich* (Karlsruhe).

Spiess, Gustav, Neuer, mehrteiliger Instrumentensterilisator, automatisch genügende Sterilisation garantierend. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 22, S. 1049. 1913.

1. Infektion durch Nachbarinstrumente ausgeschlossen. 2. Garantie für genügend langes Kochen. Ad 1. Für jeden Einsatz eigene Zelle, von gemeinsamem Mantel umgeben; aus diesem Rohr in jede Zelle bis zum Wasserspiegel. Durch Uhrwerk Öffnen des Deckels jeder Zelle erst nach bestimmter Zeit möglich. Uhrwerk tritt durch elektrische Verbindung mit Thermometer erst bei 98° in Bewegung. Alle Zellen unabhängig voneinander, zu jeder beliebigen Zeit zu schließen und zu öffnen. *Wetzel* (Berlin).

Falk, Henry Charles, Vapor anesthesia and its advantages. (Narkose mittels Dämpfen und ihre Vorteile.) Med. record Bd. **83,** Nr. 14, S. 610—611. 1913.

Falk berichtet über Erfahrung mit einem Apparat von Swathmey, mit dem er ungefähr 800 Narkosen ausgeführt hat. Dieser Apparat besteht aus je einer Flasche mit Chloroform und Äther und einer dritten mit heißem Wasser gefüllten. Durch eine Fußpumpe wird Luft durch

den Äther bezüglich Chloroform und darauf durch das heiße Wasser getrieben. Mittels einer Metallmaske werden die entstehenden Dämpfe, beliebig Äther oder Chloroform enthaltend, den Atmungswegen zugeführt. Eine Stunde vor der Operation wird ein 1/8 Gran Morphium, eine halbe Stunde vorher nochmals 1/8 Morphium + 1 1/150 Atropin gegeben. Das Exzitationsstadium fehlt fast immer, die unangenehmen Gefühle, im Anfang der Narkose, sollen fast immer ausbleiben. Reizungen der Bronchialschleimhaut sind fast nie vorgekommen, was sich besonders bei 10 an Lungentuberkulose leidenden Patienten bemerkbar machte. Gegen Ende der Narkose wird reichlich warme Luft in die Maske gepumpt, was eine Verminderung des postoperativen Brechens zur Folge haben soll, das nur in 30—40% der Fälle beobachtet wurde. Bemerkenswert ist der geringe Verbrauch von Äther. Postoperative Albuminurie wurde nur in 30% gegenüber 69% bei früheren Methoden konstatiert. *Schlesinger* (Berlin).CH

Morcom, A. F., Scopolamine-morphine-atropine as an adjunct in inhalation anaesthesia. (Morphium-Scopolamin-Atropininjektionen in Verbindung mit Narkose.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 6. Sect. of anaesthet. S. 62—65. 1913.

Verf. hat in 240 Fällen eine vorherige Injektion von 0,01 Morphium, 0,0005 Scopolamin und 0,0006 Atropin gemacht; er narkotisiert mit Äther-Chloroform und setzt die Narkose mit Äther fort. Er glaubt, daß seit der Anwendung dieser Vorinjektion die Narkosen wesentlich besser geworden sind. *Kulenkampff* (Zwickau).CH

Norbury, Lionel E. C., Scopolamine-morphine-atropine as a general anaesthetic. (Morphium-Scopolamin-Atropin zur Allgemeinanästhesie.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 6, Sect. of anaesthet. S. 57—62. 1913.

Verf. berichtet über 6 Fälle, meist Diabetes mit Gangrän, in denen er bei 4 Fällen nach Unterspritzung der Haut mit 1 proz. Novacain — einmal hiervon nach perineuraler Injektion an den Ischiadicus und Femoralis — die Amputation schmerzlos ausführen konnte. Er hält dieses Vorgehen bei solchen Fällen für geboten. Dosis: 0,01 Morph., 0,00045 Scopolamin, 0,000225 Atropin. Eventuelle Nachinjektion von 0,015 Morphium. *Kulenkampff* (Zwickau).CH

Dax, Robert, Über 1500 Lumbalanästhesien. (*Chirurg. Klin., München*). Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 83, H. 3, 713—717. 1913.

Allgemeine Besprechung der Indikationen und Gegenindikationen zur Lumbalanästhesie; Wahl des Anästheticums; Instrumentarium und Technik der Injektion; Vorbereitung des Patienten und seine Lagerung; Dauer und örtliche Ausdehnung der Anästhesie; Neben- und Nacherscheinungen, Mortalität. — Im speziellen Teil werden die an 1500 Lumbalanästhesien der chirurgischen Klinik München gemachten Erfahrungen dahin zusammengefaßt, daß nur in 7,5% unangenehme Folgeerscheinungen beobachtet wurden. Sie bestanden vor allem in Kopfschmerzen, die aber durch Verabreichung von Coffein leicht zu beheben waren, seltener in Erbrechen und Kreuzschmerzen, außerdem in Abducensparesen; für die nur vereinzelt aufgetretenen Brochitiden und Pneumonien will Verf. die Lumbalanästhesie allein nicht verantwortlich machen, ebensowenig für einen schweren Kollaps mit tödlichem Ausgang. Nur in 1% aller Fälle mißlang die Injektion, in 0,4% war bei fehlerfreier Technik ein Versagen der Methode zu verzeichnen. *Genewein.*CH

Pieri, Gino, Il massaggio del cuore nella sincope cloroformica. (Herzmassage bei Chloroformsynkope.) Riv. osped. Bd. 3, Nr. 7, S. 304—311. 1913.

Herzlähmung kann bedingt sein durch eine Intoxikation der bulbären Zentren oder durch eine Überschwemmung des Herzens mit stark Chloroform übersättigtem Blut. Nach Vidal ist gerade die initiale Herzlähmung als lokale Herzintoxikation zu erklären. Auf Grund dieser Annahme empfiehlt sich die künstliche Wiederbelebung der Zirkulation, in dem Bestreben, die Giftstoffe wieder auszuwaschen. Immerhin ist es zweifelhaft, ob ein mechanisch gereiztes Herz eine ausreichende Zirkulation ausführt. Nach Vidal bewirkt die mechanische Kompression des Herzens bloß eine Verschiebung der Blutwelle im Lungenkreislauf, ohne daß eine wirkliche Bluterneuerung stattfindet; dagegen kann wohl durch derartige Bewegungen das im Herzen angehäufte Chloroform verdünnt und ausgewaschen werden. Eine Zusammenstellung über 63 Fälle

von direkter Herzmassage ergab 20 mal Heilung, 15 mal vorübergehende Wiederbelebung des Herzens, 29 Mißerfolge. Bei der initialen Herzsynkope trat unter 20 Fällen nur 2 mal Heilung ein. Bei den günstig ausgehenden Fällen dauerte der Herzstillstand 2—18 Minuten, vorübergehender Erfolg trat ein nach 15—75 Minuten. Das Gehirn erträgt eine Zirkulationsausschaltung von ca. 25 Minuten; nach längerer Zeit kann es zum Teil seine Funktion wieder aufnehmen, doch bleibt der Tod nicht aus. Die Mißerfolge sind nicht allein auf allzulange Unterbrechung der Zirkulation zu beziehen, sie können auch durch organische, krankhafte Störungen oder zu reichliches Chloroformieren erklärt werden. Eine Statistik ergibt: I. Bei thorakalem Eingriff durch Eröffnung des Herzbeutels unter 23 Fällen 3 endgültige, 5 vorübergehende, 16 schlechte Erfolge. Der Eingriff ist groß und nur zu empfehlen, wenn der Thorax bereits offen ist. II. Abdominales Vordringen durch das Zwerchfell. 2 vorübergehende, 3 gänzliche Mißerfolge. Die Methode bedeutet ebenfalls eine schwere Schädigung und kann nur gerechtfertigt werden, wenn das Zwerchfell so stark gespannt ist, daß sich die Herzspitze nicht erfassen läßt. III. Herzmassage unter dem Diaphragma. Methode der Wahl. 45 Fälle, 16 Heilungen, 9 vorübergehende, 16 schlechte Erfolge. Meist wird nach Medianschnitt durch die ganzen Bauchdecken das Herz unter dem schlaffen Zwerchfell erfaßt, mit der rechten Hand gegen die vordere Brustwand gepreßt und im Sekundentempo komprimiert. Tomaselli empfiehlt, bei dem Bauchschnitt das Peritoneum intakt zu lassen und die Hand durch das untere vordere Mediastinum an den Herzbeutel heranzuführen. Dieser Vorschlag wurde allerdings am Menschen noch nicht versucht. Die beste Aussicht gibt also die transperitoneale, subdiaphragmatische Massage, welche innerhalb der ersten 15 Minuten nach dem Herzstillstand versucht werden muß. Auf Anregung von Spina empfiehlt Verf. erwärmte Lockesche Lösung intraarteriell, am besten in eine Verzweigung der rechten A. subclavia oder Carotis zu injizieren. 100 ccm werden mit der Spritze zentripetal in die Aorta thoracica gebracht. Die Flüssigkeit dringt bis zu den Semilunarklappen und in die Coronararterien vor, so daß sich mit der Herzmassage eine Ausspülung des Herzmuskels erzielen läßt. Künstliche Atmung soll inzwischen nicht unterlassen werden. *Hotz* (Würzburg).[CH]

Wolfsohn, Julian Mast, A new lumbar-puncture needle. (Eine neue Nadel zur Lumbalpunktion.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 16, S. 1204 bis 1205. 1913.

Das Instrumentarium besteht aus einer Punktionsnadel, deren Mandrin entfernt und durch einen Stöpsel ersetzt wird, bevor die Nadel in den Spinalkanal eingedrungen ist. Der Abfluß der Cerebrospinalflüssigkeit erfolgt dann durch ein seitlich an die Nadel angewinkeltes T-Stück, das einen Dreiweghahn enthält. Auf das gerade Abflußrohr des T-Stückes wird das 30—40 cm lange Glasmanometer aufgesetzt, das andere Abflußstück dient zum Ablassen von Flüssigkeit zum Zwecke der Untersuchung. Zum Zwecke einer Injektion kann das Manometer durch eine Spritze ersetzt werden. Das Instrument ist sehr einfach, gestattet eine genaue Ablesung des Druckes, da bei der Manipulation nicht ein Tropfen der Cerebrospinalflüssigkeit verloren geht. Dies hat den weiteren Vorzug, daß eine Verunreinigung mit infektiösem Material sicher vermieden werden kann. *Neumann* (Heidelberg).[CH]

Castiglioni, Giovanni, Untersuchungen über Transplantation von Blutgefäßen. (*Klin. Inst. f. ärztl. Fortbild., Mailand u. pathol. Inst., Freiburg i. B.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **56**, H. 1, S. 63—76. 1913.

Verf. hat in seinen zusammenfassend mitgeteilten 31 Hundeversuchen die Brauchbarkeit der autoplastischen, homo- und heteroplastischen Einpflanzung von Arterien und Venen studiert. Die bei weitem besten Resultate ergaben die autoplastischen Übertragungen von Arterienstücken in den Verlauf einer resezierten Carotis. Von 7 Versuchen zeigten 5 eine tadellose Wegsamkeit und überall glatte und glänzende Intima, die Nähte waren nach Beobachtungszeiten bis zu 250 Tagen kaum mehr sichtbar. Histologisch fanden sich nur an den Nahtstellen ganz geringfügige Intimaverdickungen. Bei Vermeidung von ausgedehnteren Quetschungen des Gefäßrohrs durch die Nähte hält die Narbe vermöge der ihr eigenen Ausdehnungsfähigkeit

dem Blutdruck stand. Bei den autoplastisch übertragenen Venen wurden — vom Verf. als kompensatorisch ausgelegte — Hypertrophie der Muskelzellen und Vermehrung des Bindegewebes aller Schichten sowie endotheliale Intimaproliferation gefunden und reichliche Regeneration des elastischen Gewebes besonders in der Intima; trotzdem blieben in 12 Versuchen nur 2 ganz durchgängig. Als Ursache dieser Mißerfolge ist die enorme Dilatation der Venenstücke unter dem arteriellen Druck anzusehen. Die darausfolgenden mechanischen Kreislaufstörungen mußten die Thrombose begünstigen. Die mangelhafte Widerstandskraft dem arteriellen Blutdruck gegenüber machte sich besonders charakteristisch geltend bei Anastomosenversuchen zwischen Carotis communis und Jugularis externa. Die enorme Ausweitung des angeschlossenen Venennetzes erinnerte an das Aneurysma racemosum. Daß trotzdem keine Umkehrung des Kreislaufs zustande kam, wird damit erklärt, daß in den kleineren Verästelungen der Druck nicht mehr hinreicht, um durch Dilatation eine Klappeninsuffizienz herbeizuführen, und damit bewiesen, daß aus dem intra vitam angeschnittenen peripheren Stumpf der Carotis arterielles Blut kam, und daß flüssiger Gips nicht bis in die Gehirngefäße vordrang, sondern vermittels Anastomosen auf dem nächsten Wege zum Herzen floß und in der Jugularis der anderen Seite zum Vorschein kam. Von den 4 homoplastischen Versuchen blieb einer 63 Tage durchgängig, die regressiven Veränderungen in Adventitia und Media standen histologisch aber so im Vordergrund, daß auch in diesem Fall ein Dauerresultat höchst zweifelhaft erscheinen mußte. Interessant war, daß die Intima wieder — vermutlich unter dem ernährenden Einfluß des vorbeiströmenden Bluts — gut erhalten war und kompensatorische Hypertrophie der tieferen Schichten aufwies. Die heteroplastische Übertragung der Katzenaorta auf die Hundecarotis hatte in 4 Versuchen kein Resultat. Schon nach 55 Stunden machten sich trotz Durchgängigkeit, also erhaltener Funktion, schwere degenerative Veränderungen bemerkbar. Auf die Dauer blieben keine nachweisbaren Reste des Transplantats, das durch Bindegewebswucherung substituiert wurde. Neben den „biterminalen" Gefäßverpflanzungen wurden auch subcutane ausgeführt, die sich infolge des Funktionsmangels und der fehlenden Ernährung durch den Blutstrom weit weniger gut hielten. Das Resultat der Versuche faßt der Verf. ungefähr folgendermaßen zusammen: bei den homo- und heteroplastischen Transplantationen sind die Erfolge recht wenig ermutigend, auch bei den arteriovenösen autoplastischen ist die Wahrscheinlichkeit eines relativen Gelingens nicht allzu groß. Bei den arterio-arteriellen autoplastischen Transplantationen aber fehlen die die Thrombose begünstigenden mechanischen Kreislaufstörungen und Wundveränderungen, so daß die für das Gelingen der Überpflanzung notwendigen Bedingungen gegeben sind. *Sievers* (Leipzig).[CH]

Debuchy, Contribution à l'étude des catguts. Catgut à l'azotate d'argent, catgut iodé. (Beitrag zum Catgutstudium. Silbernitrat- und Jodcatgut.) Journal de pharm. et de chimie Jg. **105,** Nr. 9, S. 431—438. 1913.

Debuchy empfiehlt 2 Methoden zur Catgutsterilisierung. 1. Einlegen der Fäden für 15 Tage in 2proz. Silbernitratlösung, Waschen mit Kochsalz und sterilem Wasser. Dann 2 Tage in 25proz. Zimtessenz legen, waschen und aufbewahren in sterilem Glycerinalkohol. Das Catgut ist steril, geschmeidig und widerstandsfähig, sehr stark braun gefärbt. 2. Das entfettete und mit sterilem Wasser gespülte Catgut darin 1 Stunde liegen lassen, darauf es je nach der Fadenstärke für 2—24 Stunden in 10proz. Jodacetonlösung legen und mit reinem Aceton abspülen. Aufbewahren in sterilem Glycerinalkohol. *Vorderbrügge* (Danzig).[CH]

Kuhn, Franz, Zuckerinfusionen ein Prophylakticum gegen Thrombose. (*Norbert-Hosp.-Hauptstr., Berlin-Schöneberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 90—115. 1913.

Um die Wirkung eines Stoffes auf die Blutgerinnung anschaulich zu demonstrieren, gibt K. folgende Versuchsanordnung an. Einige Tropfen Blut werden mit der betreffenden Lösung geschüttelt und das Gemisch wird im Eisschrank stehen gelassen. Mit physiologischer Kochsalzlösung z. B. erhält man dann nach einer Anzahl Stunden

einen in einer klaren Flüssigkeit scharf abgegrenzten, das ganze eingebrachte Blut in sich begreifenden Fibrinsack, der in der physiologischen Kochsalzlösung schwimmt. Hat man aber der physiologischen Kochsalzlösung Zucker in isotonischer Menge (4% Traubenzucker) zugesetzt, so bleibt die Fibringerinnung aus. Im Tierexperiment konstatiert man nach intravasculärer Injektion von Zuckerlösung eine wesentliche Verzögerung der Gerinnung. Die Beeinflussung nimmt nicht der Steigerung des Zuckergehaltes proportional zu. Besser als durch die Beobachtung der Gerinnungszeit läßt sich die Beeinflussung des Fibrins durch Zucker durch die Beobachtung der (verringerten) Serumausscheidung bestimmen. Die gerinnungsverzögernde Eigenschaft des Zuckers ist jener der Salze ähnlich. Verglichen mit Salzen tritt jedoch die Gerinnungshemmung durch Zucker leichter und früher ein. — Praktische Anordnung: Bei der Anordnung von Infusionen ist es rätlich, dem Blute Zucker zuzufügen. Am einfachsten ist dies durch Zuckerzusatz zu physiologischer Kochsalzlösung zu erreichen. Durch Zuckerzusatz zur Infusionsflüssigkeit erzielt man zunächst eine roborierende und ernährende Wirkung (Kausch, Behrends). Dazu kommt nun die antikoagulierende, bzw. antithrombosierende Wirkung des Zuckers. Der Zuckerlösung kommt ferner eine blutdruckhebende und antitoxische Wirkung zu. Die antithrombosierende Wirkung der Zuckerinfusion kommt sicher während der intravenösen Zufuhr und in den ersten Stunden nach derselben zur Geltung. Was die Konzentration und Zusammensetzung der Infusionsflüssigkeit betrifft, so empfiehlt es sich, 4% Traubenzucker zu einer 0,85 proz. Kochsalzlösung zuzugeben Die Zusammensetzung muß eine isotonische sein, was eben durch eine 4 proz. Traubenzuckerlösung oder eine 7,9 proz. Milchzuckerlösung erreicht wird. Die Menge des einzuverleibenden Zuckers dürfte für den erwachsenen Menschen ca. 50 g betragen (wobei 1 g Zucker auf 1 kg Körpergewicht als obere maximale Grenze gesetzt ist). Nach Schücking empfiehlt sich ein Zusatz von Natriumsaccharat und Calciumsaccharat. Kuhn gibt folgendes Normalrezept für eine Infusionsflüssigkeit: Dextrose 4,0, Natriumsaccharat 0,04, Calciumsaccharat 0,04, Natriumchlorat 0,85, Aquae dest. 100,0. *Schumacher* (Zürich).[CH]

Furniss, Henry Dawson, Reaction in those operated upon for tuberculous conditions. (Reaktion tuberkulöser Patienten auf operative Eingriffe) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 910—917. 1913.

Furniss beobachtete häufiger nach operativen Eingriffen bei tuberkulöser Salpingitis usw., daß die Pat. mit Fieber usw. reagierten, ohne daß der Wundverlauf irgend welchen Anlaß dazu bot. Außer dem Anstieg der Temperatur zeigte sich eine erhöhte Pulsfrequenz, allgemeine Niedergeschlagenheit, Kopfschmerzen und ein Exacerbation anderer tuberkulöser Herde. Diese Reaktionen glichen ganz denen, die Sahli bei Überdosierung mit Tuberkulin beschrieben hat. F. schreibt nun diese Erscheinungen dem Einbringen von tuberkulösem Material in die Blutbahn zu, das während der Operation dorthin gelange. Hierdurch können alte Herde wieder reaktiviert werden und die genannten Erscheinungen hervorrufen. Bestehe eine tuberkulöse Affektion der Lunge, so sei natürlich an eine Reizwirkung durch das Narkotikum zu denken.

Wiemer (Herne).

Pool, Eugene H., Systematic exercises in postoperative treatment. (Systematische Übungen bei der Nachbehandlung Operierter.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 16, S. 1202—1204. 1913.

Pool empfiehlt, die Kranken nach Laparotomien (Appendektomien, Herniotomien, gynaekologischen Operationen) systematische Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten neben Atemgymnastik vom 3. Tag an ausführen zu lassen. Die Extremitäten werden in ihren einzelnen Abschnitten und ganz gestreckt und gebeugt, die Übungen werden 3 mal im Tag je 5 Minuten ausgeführt. P. hat sich nach einer überstandenen Appendektomie vom Vorteil der Übungen selbst überzeugt. Dieser ist: Anregung der Zirkulation, Verringerung der Muskelatrophie und der postoperativen Schwäche, Prophylaxe der Thrombose und Embolie, ohne daß die Wundheilung durch Frühaufstehen und Lagerwechsel des Kranken beeinträchtigt ist. *Gebele.*[CH]

Bauereisen, A., Über die postoperative Infektion der weiblichen Harnorgane. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Med. Klinik Jg. 9, Nr. 22, S. 863—866. 1913.

Die Gynaekologen haben mehr als die Chirurgen mit postoperativen Blasenstörungen zu tun, da teils vermeidbare, teils unvermeidliche Schädigungen bei ihren Operationen häufig sind; am zahlreichsten bei der erweiterten Carcinomoperation nach Wertheim. Es ist aber auch hier streng zu unterscheiden zwischen den Störungen durch mechanische Insulte und den Beschwerden durch Infektion. Eine traumatische Cystitis gibt es nicht, sie ist stets bakteriellen Ursprungs. Die mechanischen Insulte bilden aber ein sehr wichtiges prädisponierendes Element für die Infektion. Als Entzündungserreger kommen meist Strepto- und Staphylokokken in Betracht. Primäre Colicystitis ist selten; Mischinfektion mit andern Keimen häufig. Das anatomische Bild ist gewöhnlich dasselbe, wie bei der gewöhnlichen akuten Cystitis; es kann aber zu tiefgreifenden Nekrosen und schwerer hämorrhagischer Cystitis kommen. Blut im Urin fand sich unter 100 Fällen nur selten. Am häufigsten ist ätiologisch die Kathetercystitis, seltener hämatogene Infektion oder spontane Einwanderung von Keimen. Die Darmbakterien spielen keine Rolle. Sehr wichtig ist schon bestehende Infektion der Harnorgane für den postoperativen Verlauf. Ein weiterer Angriffspunkt für Keime liegt in der wunden Außenfläche der Blase; sie wandern aber meist, durch den Lymphstrom gehindert, nicht mucosawärts. Auch die Ureteren werden meist ascendierend von der Blase aus infiziert, nur sehr selten wandern Bakterien von der Außenwand ins Ureterlumen ein. Die Nieren können einmal durch intraureterale Ascension infiziert werden oder auch hämatogen. Ein dritter Weg befindet sich retroperitoneal und führt längs den Ureteren in die Capsula adiposa (lymphogene Infektion). Da die postoperative Prognose sehr durch die Infektion der Harnorgane beeinflußt wird, muß der Operateur sich einer sorgfältigen Prophylaxe bedienen. Die Blase muß möglichst mit Peritoneum gedeckt werden, bei paretischen Blasen soll man Pituitrin anwenden, sonst die Bor-Glycerininjektion nach Baisch, Blasenfüllung nach Werth, Dauerkatheter nach Stöckel. Als Therapie empfehlen sich, neben den sonst üblichen Maßnahmen, Argent. nitric.-Spülungen und Kollargolinjektionen. *Knoop* (Duisburg).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Bruck, C., und A. Sommer, Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. (*Dermatol. Klin., Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 22, S. 1185—1188. 1913.

Resultate intramuskulärer Arthigoninjektionen: therapeutisch: günstig bei Epididymitis und Arthritis, schwankend bei Prostatitis, Vulvovaginitis und Cervixgonorrhöe, negativ bei Urethralgonorrhöe. Diagnostisch: Lokalreaktion beweist nichts; positive Herdreaktion ist verwertbar, negative nicht; Temperatursteigerungen sind unsicher. Auf Anregung von Neisser haben die Autoren nun intravenöse Injektionen versucht und sind von den Ergebnissen selbst überrascht.

Das Arthigon wird auf 0,5 ccm verdünnt in die Armvene injiziert. Injektion morgens; Pat. bleibt liegen und wird stündlich gemessen. Oft setzt schon nach 1/2 Stunde unter Schüttelfrost Fieber ein, häufig sind Kopfschmerzen, selten Übelkeit, Brechreiz; unter Schweiß Temperaturabfall. Meist ist abends alles vorüber, seltener erst am 2. Tag. Noch seltener erfolgt die ganze Reaktion am 2. Tag; doch soll man Pat., die am ersten Tag nicht gefiebert haben, grundsätzlich noch am zweiten im Bett lassen. In besonders eklatanten Fällen sinkt die Temperatur nach der ersten Steigerung, um im Verlauf des ersten Tages oder am zweiten in Form einer „Doppelzacke“ nochmals anzusteigen.

Da bei Verwendung von 0,5 Nichtgonorrhoiker mit hohem Fieber reagierten, normale Anfangsdosis für Männer 0,1. Auch da bei 18 gesunden Männern Reaktionen von 0,2—1,3° (einmal 1,9); bei noch bestehender Gonorrhöe Reaktion um so regelmäßiger, im allgemeinen auch höher (einmal nur 0,7), je mehr Komplikationen vorhanden waren. Reaktionen von mehr als 1,5° dürften spezifisch sein. Ob auch bei ausgeheilter Gonorrhöe charakteristische Reaktion, muß abgewartet werden. Zwei Fälle reagierten mit 1,4 und 1,6°. Weitere Beobachtungen müssen zeigen, ob

bei 0,05 ccm die Reaktion bei Gesunden ganz ausbleibt und bei Gonorrhoikern stark genug ist, um verwertbar zu sein. — Bei Frauen und Kindern (5 Fälle) 0,1 zu stark, Dosis also von vornherein 0,05 oder noch weniger.

Zu therapeutischen Zwecken erste Injektion 0,1 ccm. Nach Ablauf der Reaktion 0,2, nach weiteren 3—4 Tagen Wiederholung oder 0,3, unter Berücksichtigung der Temperatur in denselben Intervallen Steigerung bis 0,5. Herdreaktion kam nur bei Epididymitis und Arthritis vor, nicht regelmäßig. Temperaturreaktion im Anfang stark; nach wiederholten Injektionen geringer, so daß schließlich 0,5 ccm ohne oder mit sehr geringer Reaktion vertragen wurden. Mehr wie 6 Injektionen wurden nur ausnahmsweise gegeben.

Therapeutischer Effekt um so besser, je stärker die Reaktion. Besonders die Doppelzacken prognostisch günstig. Entstehung derselben schwer zu deuten. Vielleicht wirken die im Körper abgetöteten Gonokokken bei ihrer Resorption gewissermaßen als zweite Vaccindosis und verursachen den zweiten Temperaturanstieg. — Bei Epididymitis und Arthritis Wirkung deutlicher als nach intramuskulärer Verabreichung. Fieber wird nicht mehr als Kontraindikation angesehen. Auch bei Schleimhautgonorrhöe Erfolg manchmal günstig. Ein Fall von Gon. ant. et post. blieb geheilt, ebenso drei gleichzeitig lokal behandelte und 5 nur mit Arthigon behandelte Fälle von Prostatitis, 3 weitere Fälle trotz starker Temperaturreaktion refraktär. Das Versagen bei Schleimhautprozessen ist vielleicht so zu erklären, daß das Antigen nur bei Komplikationen genügend breite Angriffsflächen an den spezifischen Receptoren findet und in den Stand gesetzt wird, genügend starke Reaktionen auszulösen, die nun auch zur Vernichtung der Gonokokken der Urethra ausreichen. — Präventiv wirken die Injektionen nicht; das Auftreten von Prostatitis, Epididymitis, Tendovaginitis konnte durch die Arthigonbehandlung nicht verhütet werden. — Nur 2 Frauen sind behandelt worden (Dosis 0,05—0,3). Cervix und Urethra blieben unbeeinflußt. Auch bei der Vulvovaginitis eines 6jährigen Mädchens (Dosis 0,02—0,2) waren nach Abschluß der Behandlung noch Gonokokken vorhanden. *Kermauner* (Wien).

Klopstock, Felix, Über die Wirkung des Tuberkulins auf tuberkulosefreie Meerschweinchen und den Ablauf der Tuberkulose am tuberkulinvorbehandelten Tier. (*Univ.-Poliklin. f. Lungenleid., Berlin.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. Bd. **13**, H. 1, S. 56—71. 1913.

Normale Meerschweine ertragen zahlreiche subcutane Injektionen von Alttuberkulin bis zu einer Einzeldosis von 5 ccm und einer Gesamtdosis von 26 ccm in der Mehrzahl der Fälle ohne wesentliche Reaktion. Auch nach monatelanger Vorbehandlung von Alttuberkulin ließen sich im Serum keine komplementbindenden Stoffe nachweisen, und die Resistenz gegenüber einer Infektion mit virulenten Tuberkelbacillen war nicht erhöht. Dagegen schien die Tuberkulinempfindlichkeit der vorbehandelten und später infizierten Tiere in einem Teil der Fälle wesentlich herabgesetzt. *Schürer.*[M]

Allgemeines über Geschwülste:

Bateson, J. C., Cancer and its cure. (Der Krebs und seine Heilung.) Therap. record. Bd. 8, Nr. 88, S. 92—95. 1913.

Verf. bespricht die Zunahme der Krebserkrankungen und ihren hohen Prozentsatz in der Sterblichkeitsstatistik, Theorien des Ursprungs der Krebskrankheit (bacilläre, parasitäre, chemische usw.), Entstehung durch äußere Schädigungen (Reize, Alkohol, Tabak usw.), verdächtige Anzeichen auf Krebs (Frühsymptome), Diagnosenstellung äußerer und innerer Krebsgeschwülste, speziell derjenigen des Magens. Die Gefahr der Übertragung ist nicht von der Hand zu weisen; an einem schlagenden Beispiel wird die Möglichkeit der Inokulation von Mensch zu Mensch bewiesen und Ärzte sowie Pflegepersonal zur dringenden Vorsicht beim Behandeln Krebskranker ermahnt (Schutz der Hände, peinliche Desinfektion). Prophylaxe: rechtzeitige Entfernung von Schädigungen, die auf ein Gewebe dauernden Reiz ausüben können (schlechte Zähne, irritierte Warzen, Ulcus ventriculi, Gallensteine, Hämorrhoiden, Cervixschrunden, Tumoren des Uterus und der Brust usw.), damit nicht durch kleine, leicht zu beseitigende Ur-

sachen schwere Schädigungen erzeugt werden. Verf. hofft, daß es bald gelingen möge, durch geeignete Impfung — z. B. mit Serum von Ratten und Mäusen — die Diagnose des Krebses sicherzustellen und rechtzeitig Kenntnis von verborgen sitzenden Krebsgeschwülsten zu erhalten. Schmidtsches Cancroidin und die Theorie der Symbiose eines besonderen mycetozoischen Mikroorganismus mit dem Mucor racemosus als Erreger maligner Geschwülste besprochen. Negativ ausgefallen sind Heilungsversuche mit Serum krebskranker Menschen. Zum Schluß geht Verf. auf die Behandlung der Krebsgeschwülste ein, erfolgreich, wenn frühzeitig begonnen, für tiefsitzende sowie für Lippen und auf oberflächlicher Schleimhaut entstandene Krebse hat das Messer des Chirurgen den Vorzug. Oberflächlich sitzende können im Anfang auch mit Ätzmitteln behandelt werden; in selektiven Fällen sind Röntgen- und Radiumstrahlen von Wirksamkeit. Auf Stoffwechsel und Körperpflege ist große Sorgfalt zu verwenden. Eingehend werden endlich die Versuche Ehrlichs mit Nitrosin, Fischeras Versuche, Wassermanns Versuche mit Tellur- und Selensalzen und endlich das Cholin besprochen, über alle diese Experimente lauten Berichte der Heilwirkung durch Vernichtung der Geschwülste günstig. *Lohfeldt* (Hamburg).

Rollo, Antonio, Importanza e significato del glicogene nei tumori. Ricerche sperimentali. (Die Bedeutung des Glykogens in den Geschwülsten.) (*Istit. di anat. patol., univ., Napoli.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 145—153 u. 169—174. 1913.

In gutartigen hyperplastischen Geschwülsten wurde kein Glykogen gefunden. Immer wurde Glykogen in Sarkomen und Carcinomen gefunden, in letzteren mehr als in ersteren. Auch bei Tieren war in bösartigen Geschwülsten immer Glykogen vorhanden, doch bestand kein Unterschied zwischen epithelialen und Bindegewebsgeschwülsten. Mikroskopisch war das Glykogen am stärksten in den jugendlichen Zellformen vertreten, während es in degenerierenden völlig fehlte. In langsam wachsenden Geschwülsten war weniger Glykogen als in rapid wachsenden. Alle diese Eigenschaften können diagnostisch und prognostisch verwertet werden. *Baldes* (Frankfurt a. M.).[M]

Pierre, Pol, La thérapeutique anticancéreuse: de l'action du tellurate de soude en injection dans une masse néoplasique. (Zur Krebstherapie: über den Einfluß von in ein Neoplasma injiziertem Tellurnatrium.) Rec. de méd. vét. Bd. **90**, Nr. 9, S. 294—296. 1913.

Angeregt durch die Wassermannschen Untersuchungen über die Beeinflussung des Mäusekrebses durch Eosinselenpräparate injizierte Verf. bei einer Hündin dreimal in einem Abstand von je drei Tagen 2 ccm einer gesättigten Tellurnatriumlösung in einen rezidivierenden und metastasierenden, von der Mamma ausgehenden Tumor. Nach sechs Tagen war der Tumor zum größten Teile in eine Cyste umgewandelt, deren Inhalt eine schwärzliche Masse bildete. Die histologische Untersuchung der sekundär exstirpierten Geschwulst ergab ein Mammaepitheliom, das größtenteils unter der nekrotisierenden Wirkung des Tellurs ohne periphere Entzündungserscheinungen eingeschmolzen war. Das Tier starb an schwerer Kachexie. Der energische Einfluß des Tellurs auf carcinomatöse Gewebe ist bemerkenswert. *A. E. Lampé* (München).

Rohdenburg, G. L., The blood catalase in malignant tumors. (Die Katalase des Blutes bei malignen Tumoren.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 16, S. 824—826. 1913.

Die katalytische Kraft eines Blutes ist bestimmt durch die Menge Sauerstoff, die ein kleines gemessenes Volumen desselben aus Wasserstoffsuperoxyd freimacht, und durch die Zahl der in dem gleichen Blutvolumen enthaltenen roten Blutkörperchen. An der Hand einer ausführlich geschilderten Methodik wird der katalytische Index des Blutes beim Normalen, in verschiedenen Krankheitszuständen und schließlich in 67 Fällen von malignen Tumoren ermittelt. In sechs frühzeitig diagnostizierten Fällen wurde er erhöht gefunden. Normale Werte ergaben sich in 28 Fällen, die etwas weiter fortgeschritten, aber ausnahmslos noch operabel waren, bei 33 weiteren Fällen,

unter denen auch inoperable waren, war der Wert des katalytischen Index niedriger als der des normalen Blutes. Die Bestimmung der Konstante dürfte also als diagnostisches Hilfsmittel kaum in Frage kommen, zumal die katalytische Kraft des Blutes auch bei Peritonitis, akutem Gelenkrheumatismus, Bronchektasie und cerebraler Arteriosklerose erhöht, bei Nephritis und anderen Krankheiten geschwächt sein kann.
Schmitz (Frankfurt a. M.).

Epstein, Emil, Die Abderhaldensche Serumprobe auf Carcinom. (*K. k. Rudolfstiftg., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 17, S. 649—653. 1913.

Nur bei genauer Innehaltung der Vorschriften Abderhaldens gelingt es, brauchbare Resultate zu erhalten, besonders gilt dies für die Herstellung der Koagulate und der Hülsenprüfung. Nur mit der Biuretreaktion gestattete sich der Autor eine kleine Modifikation: Verwendung 10fach verdünnter Fehlingscher Mischung. Es ist notwendig, zur Gewinnung des Eiweißmaterials recht zahlreiche Carcinome zu verwenden. Verf. hält es für empfehlenswert, nur dann die Reaktion als sicher anzusehen, wenn sowohl Biuret- als Ninhydrinreaktion miteinander übereinstimmen. Es wurden im ganzen 110 Fälle untersucht, darunter auch 11 Leichensera. Frische Leichensera sind zur Untersuchung geeignet. Von 11 Gravidenseren bauten 10 Placentareiweiß ab, 13 Vergleichsera waren sämtlich negativ. Von 32 Carcinomseren griffen 36 Carcinomeiweiß an, kein einziges davon Placentareiweiß. Von 46 unter 47 Seren Nichtcarcinomatöser, die jedoch zum Teil schwer erkrankt und kachektisch waren, wurde Carcinomeiweiß nicht abgebaut. Da keines der bis jetzt untersuchte- Carcinomseren Placentargewebe angreift, scheint hier eine Methode vorzuliegen, die eine Abgrenzung der Carcinomseren gegenüber Gravidenseren zuläßt, ebenso wie gegenn über Normalseren und Seren anderer Erkrankungen. *Kämmerer* (München).[M]

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Tourneux, J.-P., Sur un cas de kyste des petites lèvres. (Ein Fall von Cystenbildung der kleinen Schamlippen.) (Soc. anat.-clin., séance du 22. II. 1913.) Toulouse méd. Jg. **15**, Nr. 4, S. 74—76. 1913.

Die kirschgroße, bewegliche, nicht empfindliche Cyste saß oberflächlich an der Innenfläche der rechten kleinen Schamlippe, ca. $^1/_2$ cm von der hinteren Kommissur entfernt und wurde zufällig bei der wegen chronischer Metritis vorgenommenen Abrasio bei der 33jährigen Patientin entdeckt. Die Cyste ließ sich stumpf ausschälen, zeigte klare, leicht fadenziehende Flüssigkeit, eine bindegewebige Kapsel, deren innere Lage weitmaschig ist, mit Anfüllung der Maschen mit einer amorphen Masse und ist ausgekleidet von einem einschichtigen „prismatischen" Epithel ohne Cilienbesatz. Bezüglich der Entstehung glaubt Verf. die Cyste auf eine Absprengung von der Urogenitalrinne zurückführen zu müssen, die eintrat, als der praeurethrale Abschnitt des Vestibulum und die kleinen Labien sich bildeten. *Vaßmer* (Hannover).

Tourneux, J.-P., et A. Ginisty, Deux cas d'épithélioma primitif du vagin. (Zwei Fälle von primärem Epitheliom der Scheide.) (Soc. anat.-clin., séance du 12. IV. 1913.) Toulouse méd. Jg. **15**, Nr. 7, S. 141—142, Nr. 8, S. 157 bis 160. 1913.

Es sind mikroskopisch zwei Formen zu unterscheiden, die papilläre, nicht in die Tiefe wuchernde und die infiltrierende, das Zellgewebe der Submucosa, des Septum rectovaginale rasch ergreifende. Dementsprechend ist die Prognose im zweiten Falle ungünstiger. Bei den wenig ausgebreiteten Epitheliomen der papillären Form genügt oft breite Excision im Gesunden. Verf. teilt zwei entsprechende Fälle mit, von denen das infiltrierende Carcinom als inoperabel palliativ behandelt wurde, während die Kranke mit dem papillären Epitheliom nach breiter Exstirpation bisher ($^1/_2$ Jahr später) rezidivfrei blieb. *Bauer* (Berlin).

Dalché, Paul, À propos des injections vaginales. (Über Scheidenspülungen.) (*Clin. de l'Hôtel Dieu.*) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 20, S. 157—159. 1913.

Verf. verwirft im allgemeinen die Spülungen mit sehr starken Antisepticis und

sehr heißem Wasser. Bei chronischer und akuter Metritis, bei Endocervicitis, Sklerose des Uterus und Vulvo-vaginitis gibt er den lauwarmen (40—42°) Spülungen den Vorzug (2 l Wasser mit zwei Eßlöffel Natr. bicarb., unter geringem Druck). Bei älteren Adnexentzündungen sieht er in den sehr heißen Spülungen gewisse Vorteile.

Daels (Gent).

Langenhagen, R. de, De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie. (Vom unvorsichtigen Gebrauch der heißen Scheidenspülungen in der Gynaekologie.) Gynécologie Jg. **17,** Nr. 3, S. 141—146. 1913.

In Luxeuil wurden mit der Quelle selbst (48—50°) Bäder von 15—20 Minuten und Scheidenspülungen von 10—20 Minuten verordnet. Der Druck ist minimal. Diese Methode gibt gewöhnlich vorzügliche Resultate. Doch hat Verf. sehr oft beobachtet, daß Patientinnen mit alten Adnexerkrankungen, Peri-Parametritis diese langen heißen Spülungen sehr schlecht vertragen. Sie bekommen manchmal einen Schüttelfrost und eine starke Druckempfindlichkeit der Adnexe. Es ist selbstverständlich, daß die nachfolgende Hyperämie bei den heißen Spülungen die Resorption septischer Produkte und die Fortpflanzung in die Tuben begünstigt. In diesen Fällen ist es zweckmäßiger, lauwarme Spülungen (39—40°) zu gebrauchen. Selbst mit lauwarmen Spülungen wird bei gesunden Frauen Mißbrauch getrieben. Die normalen Kontraktionen des Uterus und der Scheide genügen, um die Epithelialdefekte und den Schleim zu beseitigen. Warum, morgens und abends, eine Spülung, die immer ein Trauma für die zarten Schleimhäute ist? *R. Chapuis* (Genf).

Hirschfeld, J., Über die Anwendung der Fermentintabletten in der Gynaekologie. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 22, S. 606—610. 1913.

Hirschfeld empfiehlt Fermentintabletten (pulverisierte Bierhefe) besonders für einfache Scheiden- und Cervixkatarrhe; die Tablette wird vor die Portio gebracht, mit einem Tampon fixiert; nach 12 Stunden Spülung mit adstringierender Flüssigkeit. 9 Krankengeschichten. *Happich* (St. Blasien).

Abraham, Otto, Zur Xerasebehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 23, S. 1065—1067. 1913.

Verf. wendet die Xerase mit ausgezeichnetem Erfolge bei gonorrhoischen und katarrhalischen Colpitiden, Erosionen und Cervixkatarrhen an. Er führt zweimal wöchentlich im Speculum 5—8 g Xerasepulver in die Vagina, das nach 8—24 Stunden (je nach der Intensität des Fluors) durch Kamillenteespülung entfernt wird; an den andern Abenden wird von der Patientin selbst eine Xerasetablette zu 1,5 g (Gelatinekapseln sind weniger geeignet) möglichst tief in die Vagina eingeführt und die breiigen Überreste am nächsten Morgen durch eine Kamillenteespülung entfernt. Die Wirkung der Xerase ist durch den Bolusgehalt mechanisch und entzieht den erkrankten Gewebspartien Wasser, die Hefe dringt dann in die Gewebe ein und wirkt bactericid, wie die bakteriologischen Versuche ergeben haben. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Joly, Causes et traitement des écoulements génitaux chez la femme. (Ursache und Behandlung der Genitalflüsse beim Weib.) Ann. de la policlin. centr. de Bruxelles Jg. **13,** Nr. 3, S. 73—82. 1913.

Allgemeine Übersicht. Bei Endometritis gonnorrhoica will Verf. die Cervix langsam dilatieren und intrauterine Spülungen machen; Abrasio wird verworfen. *Daels* (Gent).

Uterus:

La Torre, Felice, Des rapports intimes du péritoine avec le tissu musculaire utérin. (Über die intimen Beziehungen vom Peritoneum zum uterinen Muskelgewebe.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2,** Nr. 5, S. 473—480. 1913.

Auf Grund der histologischen Untersuchung von Uterushörnern von Hündinnen kommt Verf. zu der Schlußfolgerung, daß das Peritonealblatt aus Binde- und elastischem Gewebe besteht und überall zwischen den Muskelbündeln eindringt. Gitterfasern sind auch vorhanden. Erklärung der Adhärenz des Peritoneum am Fundus uteri. *Daels* (Gent).

Grover, Arthur L., Fatal peritonitis due to infection with bacillus coli. (Ein Fall von tödlicher Peritonitis im Anschluß an eine Infektion mit Kolibacillen nach Perforation des Uterus.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 17, S. 1297. 1913.

35jährige Frau wurde mit heftigen Schmerzen im Abdomen eingeliefert. Objektiv: fast kein Fieber, aus der Vagina reichlicher stinkender Ausfluß. Am nächsten Morgen bestanden alle Anzeichen einer diffusen septischen Peritonitis, welcher die Patientin 24 Stunden später erlag. Die Autopsie ergab in der Mitte eines nekrotisch entzündlichen Herdes eine für einen Bleistift durchgängige Perforation im oberen Teil des Fundus. Die bakteriologische Untersuchung der Exsudatflüssigkeit ergab einwandfrei Bacterium coli. Anhaltspunkte für einen Abtreibungsversuch ließen sich im vorliegenden Fall nicht erheben, jedoch gab der Mann der Patientin an, daß sie schon früher einmal einen derartigen Versuch unternommen habe. Trover führt den Fall an, da eine Koliperitonitis im Anschluß an eine Perforation des Uterus zu den seltenen Ereignissen gehört. *Saxinger* (München).[CH]

Fintecus, Debora, Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus et de son traitement chirurgical. (Beitrag zum Studium der Tuberkulose der Cervix uteri und ihrer chirurgischen Behandlung.) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **23**, Nr. 5, S. 330—335. 1913.

Allgemeines über Pathogenie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung. Zwei Fälle von lokaler Cervixtuberkulose geheilt nach Cervixamputation. *Daels* (Gent).

Laquerrière, A., Présentation d'un nouveau modèle d'électrode pour l'application intra-utérine de la méthode de Haret. (Demonstration eines neuen Elektrodenmodells für die intrauterine Applikation nach der Methode Haret.) Journal de radiol. Bd. **7**, Nr. 1, S. 37—38. 1913.

Der Apparat besteht aus einer gewöhnlichen intrauterinen Elektrode aus Platin ähnlich der Apostolischen, die mit einem hydrophilen Stoff überzogen ist. Dieser wird mit einer relativ konzentrierten Radiumlösung (1—2 Mikrogramm auf einige Tropfen Flüssigkeit) getränkt, dann ein Metallröhrchen so darüber geschoben, daß sie den getränkten Stoff ganz bedeckt. Dadurch hat man ein Instrument, das nach außen von Metall ist und wie eine gewöhnliche Uterussonde eingeführt wird. Im Uteruscavum zieht man die Metallhülse zurück, so daß jetzt die Radiumlösung mit der Schleimhaut in Berührung ist. Wie bei der Apostolischen Elektrode schützt ein Ebonitröhrchen die Vagina gegen Verätzung. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Tourneux, J.-P., et Saint-Martin, Fibrome et cancer de l'utérus. (Fibromyom und Carcinom des Uterus.) (Soc. anat.-clin., séance du 8. III. 1913.) Toulouse méd. Jg. **15**, Nr. 6, S. 114—118. 1913.

Früher wurde jegliche Beziehung zwischen Uterusfibrom und Carcinom negiert, ja man hatte angenommen, daß zwischen beiden ein Antagonismus bestehe, so daß bei Bestehen des einen von beiden die Entwicklung des andern ausgeschlossen sei. Heute ist dieser Streitpunkt erledigt, nur über die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens der beiden Tumoren herrscht noch Uneinigkeit. Es findet sich nach verschiedenen Statistiken auf 100 Fibromyome des Uterus zweimal gleichzeitig ein Uteruscarcinom. Meistens wurde dabei ein Corpuscarcinom und nur ganz selten ein Cervixcarcinom gefunden.

Eigener Fall: 53jähr. II-para. Nach 6jähriger Menopause Schmerzen im Unterbauch, die sich später in der Mitte des Leibes lokalisierten und in Lenden- und Untergegend ausstrahlten. Gleichzeitig Auftreten von weißem Fluß; später sehr unregelmäßige Metrorrhagien, die sehr stark und häufig auftraten und dadurch zu Verfall und starker Anämie führten. Befund: Guter Allgemeinzustand; Uterus vergrößert, Cervix nach links verzogen, das Corpus durch einen ihm unmittelbar aufsitzenden Tumor nach rechts und hinten verdrängt. Uterus frei beweglich, am Collum keine palpablen Veränderungen, Adnexe ohne Befund. Parametrien frei. Differentialdiagnostisch kam für die Metrorrhagien, die ja nicht durch das subseröse Myom bedingt sein konnten, Neoplasma der Uterusmucosa und senile Metritis in Frage. Die Probeabrasio führte zur Diagnose: Adenocarcinom des Corpus uteri. Einige Tage später wurde die Radikaloperation ausgeführt.

Verf. beantwortet die Frage, ob bei diesem gleichzeitigen Vorkommen von Myom und Carcinom am Uterus es sich um ein ganz zufälliges Zusammenfallen handle oder

ob das Myom die Ausbildung des Carcinoms beeinflußt, dahin, daß durch den dauernden Reiz und die Zirkulationsstörungen, die durch das Myom bedingt werden, immer eine gewisse „Reaktion“ des Uterusepithels hervorgerufen werde — auch interstitielle und subseröse Myome wirken so —. Es kommt zu Zellhyperplasie und weiterhin zu entzündlichen Erscheinungen, also zu adenomartigen Bildungen, und ein benignes Adenom wird weiterhin leicht carcinomatös. *Hauser* (Rostock).

Obata, J., Statistischer Beitrag zur Morphologie des Uteruscarcinoms. (*Pathol. Inst., Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99**, H. 3, S. 474—490. 1913.

Verf. untersuchte die R. Meyersche Sammlung mikroskopischer Präparate von Uteruscarcinomen, indem er im Interesse einer Vergleichsmöglichkeit seiner Ergebnisse mit den von Schottländer und Kermauner gemachten Beobachtungen die von den letzteren zugrundegelegte Einteilung nach morphologischen Gesichtspunkten auf R. Meyers Material übertrug. Er unterscheidet: 1. primär solide, 2. primär drüsige, zum Teil sekundär solide Krebse. Unter 244 Uteruscarcinomen fanden sich 134 mal primär solide und 112 mal primar drüsige Formen. Unter den primär drüsigen Krebsen waren 47 als rein drüsige und 65 als primär drüsige, aber teils sekundär solide Carcinome aufzufassen. Unter 112 primär drüsigen Krebsen waren 88 Corpus-, 16 Cervix- und 1 Portiocarcinom, bei 7 war ein Urteil unmöglich. Unter 244 Uteruscarcinomfällen fand sich 12 mal ein rein drüsiges Carcinom ohne Mehrschichtung des Epithels, das der Autor als Adenoma malignum bezeichnet, und zwar 9 mal im Corpus und 3 mal in der Cervix. Es folgt die eingehende Schilderung der Struktur des rein drüsigen Carcinoms ohne und mit Mehrschichtung des Epithels sowie der primär drüsigen, teils sekundär soliden Carcinome. Unter 134 primär soliden Carcinomen fanden sich 120 Collum- und 11 Corpuscarcinome, bei 3 Fällen war ein Urteil unmöglich. Der Verfasser teilt dieselben ein in groß-, klein-, und gemischtalveoläre Typen und mit Rücksicht auf die Menge des Zwischengewebes in medulläre, skirrhöse und Mittelformen. Unter 134 primär soliden Carcinomen fanden sich 54 groß-, 24 klein-, 43 gemischtalveoläre und 12 diffuse Carcinome, 62 mal skirrhöse, 65mal medulläre und 3 mal Mittelformen, wobei die diffusen Formen in die medullären miteingerechnet sind. An die tabellarische Gegenüberstellung der Befunde Schottländer-Kermauners und der Ergebnisse des Autors, die Schilderung des Verhältnisses der Menge des Zwischengewebes zu der Größe der Krebsnester sowie des Einwachsens der Krebszellen in die Lymphbahnen und Gewebsspalten (sog. lymphatische bzw. plexiforme Propagation) und der Verhornung schließt sich die Klassifikation der Uteruscarcinome nach ihrem Ausgangspunkt an. Unter 171 Fällen fanden sich 52 Corpus- und 114 Collumcarcinome, bei 5 Fällen war ein Urteil nicht möglich. Die feinere Morphologie des Uteruscarcinoms (Vorkommen von Riesenzellen, Glycogen, Mucin, Infiltration, Gefäßbildung, Verbreitung auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen, zentraler Zerfall der Krebsnester und Atrophie der Carcinomzellen) muß in der Originalarbeit nachgelesen werden. *Moraller* (Berlin).

Hess, Heilung eines Falles von Carcinoma uteri nach Probeauskratzung. (*Priv.-Klin., A. Wolff, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 22, S. 1038 bis 1039. 1913.

Eine der Anamnese und dem klinischen Befunde nach auf Carcinom verdächtige Patientin wird probecurettiert. v. Hansemann diagnostiziert aus dem curettierten Gewebe Adenocarcinom. Patientin verweigert die Radikaloperation. Nach 4 Jahren ist die nachuntersuchte Frau ohne lokale Beschwerden und in gutem Allgemeinzustand. Hess gibt einen epikritischen Bericht, und obgleich er zum wenigsten eine Beeinflussung des Tumors durch die Curette annimmt, glaubt er doch auf Grund biologischer Theorien berechtigt zu sein, in dem vorliegenden Falle von Spontanheilung des Krebses zu sprechen. Ähnliche Theorien einiger Autoren werden angeführt. *Samuel* (Duisburg).

Hansemann, v., Bemerkungen zu vorstehendem Bericht. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 22, S. 1040. 1913.

v. Hansemann gibt zu, daß sich kleine Metastasen restlos zurückbilden können und einzelne verschleppte Krebszellen nicht unbedingt zu Geschwülsten auswachsen müssen, aber die eigentliche Krankheit besteht trotzdem fort. — Das Chorionepitheliom ist die einzige bösartige Geschwulst, die sich restlos zurückbilden kann, ein sehr seltenes Ereignis. — Keine internen Mittel bringen das Carcinom zum Schwinden. Wo dies der Fall zu sein scheint, da ist die Diagnose Carcinom zweifelhaft (z. B. bei kleinen Tumoren des Gesichts). — Im Fall Heß sind zweifellos alle Geschwulstteile durch die Curette entfernt worden. v. H. teilt einen ähnlichen Fall mit, wo durch Probecurettage alle Geschwulstteile entfernt wurden und an dem später exstirpierten Uterus nirgendwo in dem Gewebe etwas Carcinomverdächtiges zu sehen war. — v. H. macht auf die

Gefahr aufmerksam, die in dem Bekanntwerden solcher Fälle bei den Laien liegt, weil nach wie vor bei der Seltenheit der mitgeteilten Fälle die Radikaloperation das Gegebene ist. *Samuel* (Duisburg).

Bilhaut fils, Marceau, A propos d'un cancer de l'utérus peu volumineux ayant déterminé des phénomènes d'anurie. Une observation. (Über einen Fall von Carcinoma uteri von geringer Ausdehnung, welcher Anurieerscheinungen verursachte. Ein Fall. Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. 26, Nr. 4, S. 97—101. 1913.

Carcinoma corporis uteri. Anurie während zweier Tagen. Hysterectomia abdominalis. Sofortige Heilung. Die plötzlich aufgetretene und nach der Operation verschwundene Anurie wird einer Entzündung der Ureteren infolge Peri- und Parametritis zugeschrieben. *Daels.*

Batuaud, Jules, Les rétrodéviations utérines. (Die Rückwärtsverlagerung des Uterus.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 646, S. 145—155. 1913.

Nach ausführlicher Klarlegung des Begriffs der Retroflexio uteri und der Rolle, die Zirkulationsstörung und Ligamenterschlaffung spielen, wird als Ätiologie die Neurasthenie beschuldigt, und zwar nicht nur bei O-parae, und es wird als großer Fehler hingestellt, daß man dem Dammriß eine so große Bedeutung für die Entstehung der Retroflexio beimesse. Die neurasthenische Disposition trägt die Hauptschuld an der Ligamenterschlaffung, die Beschaffenheit des Dammes ist nebensächlich. Zum Beweis werden folgende Thesen hingestellt: 1. Mehrgebärende mit Dammriß haben trotz großem schweren Uterus normale Anteflexion, auch in der arbeitenden Bevölkerung. 2. Auch bei gut vernähtem Dammriß bleibt die Falschlage bestehen. 3. Bei Verbringung des Uterus in die richtige Lage und Sorge für guten Allgemeinzustand wird Heilung erzielt auch ohne Dammnaht. 4. Auch O-parae mit unberührtem Damm haben Rückwärtsverlagerungen. Die Beschwerden bestehen in: Abgespanntes Aussehen, schnelle Ermüdbarkeit, dyspeptische Beschwerden der Neurasthenischen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche, Druck auf Darm und Blase, Kreuzschmerzen, schmerzhafte, verlängerte Menses, Ausfluß, allgemeine Enteroptose usw. Der Untersuchungsbefund ergibt: Scheide oft weit und schlaff, auch bei O-parae, Portio klein nach vorn gelegen, Orific. eng, Corpus hinten. Adnexe oft hinten gelegen und empfindlich. Das Gelingen oder Mißlingen der Aufrichtung entscheidet über die Diagnose: Retroflexio mob. oder fixata. Die verschiedenen Varianten können sein: 1. Retroflexio mobil. ohne Adnexe; 2. Retroflexio mobil. mit Adnexen; 3. Retroflexio fixata mit Adnexen; 4. Retroflexio fixata ohne deutlich fühlbare Adnexe; z. B. bei Perimetrit. post., abgelaufener Salpingitis, resorbierter Hämatocele, schließlich bei (infolge von Exstirpation) fehlenden Adnexen. Von Symptomen werden allgemein-neurasthenische, durch Infektion bedingte und allein von der Verlagerung herrührende unterschieden. Die Prognose ist nicht so günstig: Sterilität, Neigung zu Aborten, Retroflex. ut. grav. mit Komplikationen. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Rich, Ezra C., Treatment of prolapsus of the bladder. (Behandlung der Cystocele.) Northwest med. Bd. 5, Nr. 2, S. 38—39. 1913.

Hinweis auf die große Häufigkeit der Cystocelen in Utah, die dadurch bedingt ist, daß es bis vor kurzem keine genügend geschulten Hebammen dort gab, und daß die durch sie verursachten Dammrisse nicht genäht wurden. Unterschied der Behandlung bei jungen, geburtsfähigen Frauen und bei solchen im Klimakterium. Bei ersteren empfiehlt Verf., die Blase nach Ablösung unter Unterstützung seitens der Ligg. lata möglichst hoch hinauf zu raffen und dann eine vordere Kolporrhaphie anzuschließen, oder nach Eröffnung des vorderen Douglasperitoneums die Ligg. rotunda als Stütze für die zu raffende Blase zu benutzen, dann nach Schluß des Bauchfelles die Kolporrhaphie anzuschließen. Bei den klimakterischen Frauen empfiehlt er die Totalexstirpation des Uterus und Hochnähen der Blase, sofern der Uterus nicht ganz gesund ist, sonst die Watkinssche Operation; bei sehr großen Cystocelen erwähnt Verf. die abdominale Methode nach Haarris. Angabe der Resultate. *Kneise* (Halle a. S.).

Jambé, Une nouvelle curette utérine. (Eine neue Uterus-Curette). Rev. méd. de la Suisse Romande Jg. **33,** Nr. 5, S. 401—402. 1913.

Als Ersatz der üblichen Curette dient ein scharfer Metallring, der um den Zeigefinger (Einfingercurette) oder um Zeige- und Mittelfinger (Zweifingercurette) gelegt wird. Dies Instrument ermöglicht eine Kontrolle der Curettage durch den tuschierenden Finger und läßt diesen armiert mit einem „scharfen Nagel" arbeiten. Die Zweifingercurette soll bei der Curettage post partum, deren entschiedener Anhänger der Verf. ist, angewendet werden, die Einfingercurette bei Aborten und wenn der Muttermund nur für einen Finger durchgängig ist. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Salatich, P. B., Some points in the technic of complete hysterectomy. (Technische Bemerkungen zur totalen Hysterektomie). New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65,** Nr. 9, S. 640—641. 1913.

Salatich empfiehlt die Stümpfe des Lig. rot. mit der Vagina zu vernähen, um auf diese Weise Blase und Vagina zu stützen. Zur Verhütung von Adhäsionen soll man die Nahtstellen und Stümpfe mit steriler Vaseline bestreichen. *Wiemer* (Herne).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Gibb, W. Travis, Double pyosalpinx of large size. (Doppelseitige Pyosalpinx von ungewöhnlicher Größe.) New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 26. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 5, S. 1006—1007. 1913.

Kurze Beschreibung eines Falles von sehr großen beiderseitigen Pyosalpinxsäcken auf gonorrh. Basis. Exstirpation per lap. *Lichotzky* (Wien).

Barnsby, H., L'hysteréctomie abdominale par décollation antérieure dans les pyo-salpinx bilatéraux. (Die abdominale Hysterektomie mit Verwendung des vorderen Dekollements bei doppelseitiger Pyosalpinx). Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2,** Nr. 5, S. 449—454. 1913.

Der Verf. ist ein Bewunderer der Methode, die einst von Faure angegeben wurde. Indiziert scheint sie ihm bei den Fällen von doppelseitiger Eileitereiterung, in denen die große verbackene Tumormasse den Douglas ausfüllt. Die Technik ist bekannt. Ihr Vorzug ist die Schaffung eines großen vorderen Bauchfelllappens, der zur Deckung der Defekte vorzüglich geeignet ist, und die primäre Unterbindung der uterinen Gefäße, die es gestattet, unbehindert von jeder stärkeren Blutung bei der Auslösung der Eitersäcke alles zu sehen. Die Tumoren werden von unten nach oben ausgegraben; sollte es zu einer Ruptur kommen, so fließt der Eiter in eine nach oben abgeschlossene Höhle. 16 Krankengeschichten erhärten die Ausführungen des Verfassers. *Flatau.*

Cohn, Franz, Die klinische Bedeutung der Follikelsprungstellen im Ovarium. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99,** H. 3, S. 505—533. **1913.**

Beim Platzen des Eierstockfollikels kommuniziert an der Berstungsstelle der Bauchraum mit dem Eierstocksinnern eine Zeitlang. Die sich später über der Rißstelle bildende Luteinzellenschicht ist nur äußerst dünn und wird oft weiter verdünnt durch die im Hohlraum des Corpus luteum neu gebildete, unter Druck stehende Flüssigkeit. Ein Aufplatzen junger Corp. lut. ist infolgedessen gut möglich. So kann es aus einem frisch geplatzten Follikel und aus dem Corp. lut. zu Blutungen einerseits in den Bauchraum kommen, andererseits können auch Bakterien von der Bauchhöhle ins Ovarinnere einwandern. Blutungen aus dem frisch geplatzten Follikel stammen entweder aus einem angerissenen Gefäß der Sprungstelle oder aus tieferen Ovarschichten. Schauta beobachtete eine Follikelblutung von mehreren Litern. Blutergüsse in den freien Bauchraum aus einem Corp. lut. sind nicht viel seltener. Bürger beschrieb einen derartigen von zwei Litern. Verf. kann dann den Fällen anderer Autoren sechs eigene anfügen. In 5 Fällen stammte die einmal sogar lebensbedrohliche Blutung aus einem vollkommen entwickelten, in 1 Fall aus einem sich rückbildenden Corp. lut. In 2 Fällen wurde der Verdacht einer geplatzten Eileiterschwangerschaft ante op. ausgesprochen. In 4 Fällen fand sich der Bluterguß nur per Zufall als Nebenbefund bei der Operation zweier Cystome, eines Prolapses und bei einer Totalexstirpation. In 2 Fällen spielte anscheinend

die schonend vorgenommene innere Untersuchung durch Druck auf das prominente Corp. lut. eine ätiologische Rolle. Konnte doch Verf. bei sonstigen Laparotomien durch Druck auf das ehemalige Corp. lut. oder auf das übrige Ovar, wie es z. B. beim Vorziehen der Adnexe stattfindet, das Corp. lut. wieder zum Aufplatzen und so zum Bluten bringen. — Die Stillung derartiger Blutungen geschehe durch Matratzenligatur der Gefäße oder durch Excision des Körpers. Derartige größere Follikel-Corp.-lut.-Blutungen werden bei der Operation fast stets erkannt; kleinere intraperitoneale Hämatocelen verlaufen oft symptomlos und werden dann zufällig bei anderweitigen Eingriffen nachgewiesen. Letztere können Adhäsionen zwischen Adnexen und Bauchfell verursachen. — Das Einwandern von Infektionskeimen in den Follikel oder das Corp. lut. vom Bauchraume aus ist vielfach bestätigt. Diese oft solitären Corp.-lut.-Abscesse sind meist durch den Gonokokkus oder Tuberkelbacillus verursacht. Meist findet man obige Erreger in den Corp.-lut.-Abscessen und nicht die sich lymphogen und hämatogen ausbreitenden Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken. Die Infektion durch die Sprungstelle direkt erweist ein Fall Orthmanns; die Fimbrie des tuberkulösen Eileiters ragte direkt in den tuberkulösen Corp.-lut.-Absceß hinein. Frys fand einen Ascaris in einem solchen Absceß. Anscheinend mangels einer Kommunikation mit dem Darme wanderte er durch Scheide, Uterus, Tuben und die Follikelsprungstelle in den gelben Körper, und infizierte hier. Fraenkel, Orthmann, Menge nahmen besonders bei Eileitererkrankungen eine gut mögliche Follikel- und Corp.-lut.-Infektion an. Andere Erreger wie Bact. coli (Malkolm), anaerobe Keime (Seitz) treten bei der Entstehung obiger Abscesse hinter dem Gonokokken- und Tuberkelbacillus zurück. Außer ihnen können vielleicht noch zelluläre Elemente wie Carcinompartikelchen durch die Follikelsprungstelle in das Corp. lut. eindringen. (Ovarmetastase der Magendarmcarcinome?) *v. Miltner* (München).

Wight, Otis B., Ovarian cyst with twisted pedicle. (Ovarialkystom mit Stiehldrehung.) Northwest med. Bd. 5, Nr. 5, S. 140—141. 1913.

Kasuistischer Beitrag.

Hannes, Walther, Die Adnexerkrankungen (Entzündungen und Eileiterschwangerschaft). Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. 6, S. 609—648. Berlin, Springer. 1913.

Auf Grundlage des Materiales der Breslauer Frauenklinik bespricht Hannes in kurzer aber erschöpfender Form die entzündlichen Adnexerkrankungen und die Eileiterschwangerschaft. Bakteriologisch sind als Erreger der Adnexentzündungen nachgewiesen: Gonokokken, Streptokokken, Staphylokokken, Diplococcus lanceolatus, Bacterium coli, Typhus-, Tuberkelbacillus, Aktinomyces und der Friedländersche Kapselbacillus. In über 50% kam Gonorrhöe, in nur 4½% Tuberkulose als ätiologisches Moment in Betracht, doch variieren, wie die Statistiken der einzelnen Kliniken zeigen, die Zahlen für Tuberkulose außerordentlich (z. B. 4½% in Breslau gegen 33% in Tübingen). Der Appendicitis kann Verf. nicht die ätiologische Bedeutung beimessen, wie es neuere Arbeiten tun, sondern er glaubt, daß der Prozessus oft nur sekundär in den entzündlichen Prozeß mit hineingezogen ist. Pathologisch-anatomisch unterscheidet Verf. 2 große Gruppen, je nachdem sie durch Exsudatbildung im Lumen der Tube mit Ausbildung einer Lactosalpinx oder durch perituba̋re Entzündungsprozesse (bei Ausbreitung der Entzündung auf dem Lymph- und Blutwege) und Ausbildung zahlreicher Adhäsionen mit den übrigen Beckenorganen charakterisiert sind, wobei allerdings oft diese 2. Form nur das Endstadium der ersten Form darstellt. Aus der Besprechung der Diagnose sei nur erwähnt, daß Verf. sehr warm die Probepunktion vom Douglas empfiehlt, allerdings nicht bei Verdacht auf Tuberkulose, und daß er von einer Ausbildung der Gonokokkenvaccine eine große Förderung der Differentialdiagnose erwartet, wie er auch der Herdreaktion nach subcutaner Injektion von Alttuberkulin eine hohe diagnostische Bedeutung zuerkennt, während er die Probe-Abrasio hier verwirft, da nicht tuberkulöse Adnexerkrankungen leicht mit gefährlicher Exacerbation reagieren können. In der Behandlung hält Verf. an dem Küstnerschen Standpunkt fest, daß frische Entzündungen ein noli me tangere für die operative Behandlung darstellen und daß je später eine chronische Adnexentzündung operativ angegangen wird, um so konservativer, um so organerhaltender verfahren werden kann und um so bessere Dauerheilungen erzielt werden, weil weniger Rezidive und Nachschübe zu gewärtigen sind, da nach ¾—1 Jahre der Eiter in einer geschlossenen Sactosalpinx purulenta als steril anzusehen ist. Zwingen äußere Umstände zum operativen Eingreifen im akuten Stadium, so empfiehlt Verf. den abdominalen Weg, da er ein konservatives Verfahren gestattet. Besonderen Wert legt hier Verf. auf die

keilförmige Excision der Tuben aus der Uteruswand mit sorgfältiger Vernähung derselben, falls der Uterus erhalten werden kann, im anderen Falle und bei starker Verwachsung erleichtern die Methoden von Faure, Kelly und Beuttner mit vorheriger Hemisektion des Uterus sehr die Ausschälung der Adnexe von hier aus. Als Drainage, die nur bei Tuberkulose kontraindiziert ist, verwendet Verf. die Tampondrainage durch den unteren Winkel der Bauchwände und zwar nur, wo infektiöser Eiter vermutet wird oder das Operationsfeld nicht ganz bluttrocken gemacht werden konnte. In Fällen, in denen das Fimbrienende nur durch Adhäsionenbildung um die Tube zum Verschluß kam, empfiehlt Verf. die Salpingostomatoplastik auszuführen, um ev. eine Gravidität zu ermöglichen. Aus der Besprechung der Eileiterschwangerschaft sei erwähnt, daß Verf. auch hier zu diagnostischem Zwecke (Hämatocele) wie auch zu differenzialdiagnostischem Zwecke gegenüber der Perforationsperitonitis bei Appendicitis, bei freier innerer Blutung warm die Probepunktion vom Douglas empfiehlt. Als Behandlung bei freier innerer Blutung empfiehlt Verf. die auch im Collaps sofort vorzunehmende abdominale Laparotomie mit möglichst sorgfältiger Entfernung aller Blutmassen. Auch wenn keine freie innere Blutung vorliegt, empfiehlt Verf. die operative Behandlung bei allen noch ununterbrochenen Tubergraviditäten, ferner bei den unterbrochenen und Hämatocelen, die Blutungsnachschübe zeigen, und bei vereiterten Hämatocelen. Die Resektion der anderen Tube, um eine Wiederholung der ectopischen Gravidität zu verhüten, hält Verf. nicht für gerechtfertigt, im Gegenteil empfiehlt er auch hier, wenn die obige Bedingung erfüllt ist, die Salpingostomatoplastik dieser 2. Tube, nur um ev. uterine Gravidität zu ermöglichen. *Vaßmer* (Hannover).

Bauchorgane:

Bernstein, Paul, Die Entstehung der Hernien. Med. Reform. Jg. **21**, Nr. 12, S. 236—237. 1913.

Seither herrschten drei Theorien über die Entstehung der Hernien: 1. Durch rein mechanische Kräfte werden die Eingeweide gegen die Bauchdecken gedrängt und drängen deren schwächste Stellen vor. 2. Der Druck der Bauchpresse könnte die Eingeweide nicht vor sich herdrängen, wenn sie nicht durch Art der Befestigungsmittel (abnorme Länge des Mesenteriums) dazu vorbereitet wären. 3. Die Ausstülpung des Peritoneums ist das primäre und bestimmende; sie entsteht durch Zug von außen (präperitoneale Lipome, Roser-Linhart). Auf Grund genauer anatomischer Untersuchungen an 279 Leichen des Berliner anatomischen Instituts kommt Bernstein zu dem Schluß, daß die Bruchlanlage angeboren ist. Von 4 Individuen zeigt immer 1 eine präformierte Bruchanlage. Von 135 anatomisch veränderten Bruchpforten fanden sich 21 gefüllte und 114 leere. Da die Bruchsäcke also überwiegend leer waren, schien der Schluß gerechtfertigt, daß sich schon im embryonalen Leben eine Ausbuchtung des Peritoneum parietale gebildet haben muß. *Sehrt* (Freiburg).

Bruce, Herbert A., Treatment of diffuse septic peritonitis. (Behandlung der diffusen septischen Peritonitis.) Canad. journal of med. a. surg. Bd. **33**, Nr. 2, S. 88—114. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 811.

Tridon, P., Fréquence des péritonites gonococciques chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite. (Häufigkeit der Gonokokkenperitonitis bei kleinen Mädchen mit Vulvo-vaginitis.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 3, S. 147—149. 1913.

Unter 25 Fällen zeigen 6 Kranke deutliche Peritonealerscheinungen. Plötzlicher Beginn heftiger Schmerz. Erbrechen, Leib aufgetrieben. Vier von 6 Kranken wurden mit Bettruhe behandelt. Vier Kranke waren 5—8 Jahre, zwei 10 und 12 Jahre alt. Temperatur nie über 39°. Dauer nie über 3 Tage. Beste Behandlung: Eisblase. Heilung ohne Folgen im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Ausgang bei der erwachsenen Frau. Bei plötzlich auftretenden Peritonitis junger Mädchen soll stets an Gonokokkenperitonitis gedacht und auf Vulvo-vaginitis geachtet werden. *Daels* (Gent).

Falkner, Anselm, Direkte Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit Jodpräparaten. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 18, S. 978—979. 1913.

Falkner berichtet über 3 Fälle von tuberkulöser Peritonitis, bei denen er durch die Anwendung von Jodtinktur bzw. Jodvasogen eine auffallende Verkürzung der Heilungsdauer erzielt hat und keinerlei schädigende Wirkungen beobachten konnte. Er kommt zu dem Schluß, daß die von anderer Seite befürwortete Zunahme der adhäsiven Peritonitiden bei dieser Behandlung des Bauchfells nicht besteht, und glaubt, obige Therapie — vielleicht allerdings vorteilhafter in öliger Substanz (Jodipin) — bestens empfehlen zu können. *Knoke.* CH

Broca, Aug., Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. (Chirurgische Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10**, Nr. 9, S. 131—136. 1913.

Bei Vorhandensein von Ascites gibt die Operation gute Erfolge, dagegen ist

sie weniger erfolgreich und nicht ungefährlich bei fibrösen und fibrös-käsigen Formen und abgekapseltem Ascites. Zuweilen machen tuberkulöse Peritonitiden stürmischere Erscheinungen, so daß Verwechslungen mit akut-eitrigen, besonders Pneumokokkenperitonitiden möglich sind. Dies gilt besonders für tuberkulöse abgekapselte Exsudate in der Nabelgegend, die oft durch eine Nabelfistel nach außen durchbrechen. Tuberkulöse Exsudate in der rechten Fossa iliaca geben Veranlassung zur Verwechslung mit Appendicitis, ebenso tuberkulöse Douglasexsudate, wenn sie in das Rectum durchbrechen. Die Operation bei Darmocclusion gibt guten Erfolg, wenn letztere durch Narbenstränge bedingt war; dagegen ist die Prognose schlecht, wenn eine aktive tuberkulöse Peritonitis zu zahlreichen Verklebungen von Darmschlingen geführt hat. *Harraß* (Bad Dürrheim).[CH]

Poulsen, Kr., Multible mesenteriale Chyluscysten bei einem 7jährigen Mädchen. Volvulus mit Darmperforation und diffuser Peritonitis. Resectio ilei. Heilung. (*Sundby-Hosp., Kopenhagen.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H.1, S. 139—149. 1913.

Pat., die früher wiederholt vorübergehend Stenosenerscheinungen von seiten des Darmes hatte, wurde unter der Diagnose Appendicitis operiert. Bei der Operation mußte wegen Volvulus mit Darmperforation ein 30 cm langes Stück des Ileums reseziert werden. An diesem Stück saßen 3 größere und einige kleinere Chyluscysten, deren Ursprungsort in dem Abschnitte des Mesenteriums dicht am Darm lag. Zwei Cysten hatten sich jedoch zwischen Serosa und Muscularis in die Darmwand hinauf verbreitet, so daß man bei der Operation glauben konnte, sie gingen vom Darm aus. *Kindl* (Kladno).[CH]

Mitchell, O. W. H., Acute suppurative lymphadenitis, abdominal, due to a diplostreptococcus: autopsy. (Akute eitrige Lymphadenitis im Abdomen, verursacht durch einen Diplostreptokokkus.) Americ. journal of the med. sciences Bd. **145,** Nr. 5, S. 721—723. 1913.

Mitteilung eines Falles, bei dem die Sektion als Krankheitsursache große Drüsenpakete retroperitoneal und im Mesenterium ergab. Die Drüsen enthielten grünlichgelben Eiter mit enormen Mengen grampositiver Mikroorganismen vom Diplokokken- und Diplostreptokokkentypus. Kleine Abscesse in der Leber, die offenbar auf dem Lymphwege entstanden waren. Die Krankheit hatte mit Schmerzen im Epigastrium begonnen, die später mehr in der Gallenblasengegend lokalisiert waren; geringer Ikterus. Eine Halsentzündung war nicht vorausgegangen. *Bernard* (Berlin).[CH]

Holländer, Eugen, Zur Genese der Netztumoren. (Epiploitis plastica.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 18, S. 845—847. 1913.

Bei massenweisen Netzligaturen während der Operationen entwickeln sich öfter um den sonst aseptischen Seidenfaden herum entzündliche Tumoren, die, wie im vorliegenden Falle nach Netzhernie bis Kindskopfgröße anwachsen und durch Druck Störungen in den umliegenden Organen machen. Der vorliegende Tumor fühlte sich wie ein Myom an und hatte mikroskopisch fibrosarkomatösen Bau. Auffallend war, daß nach Einschneiden in den großen Tumor und Herausharpunieren eines dicken Seidenfadens der mächtige Tumor in wenigen Wochen ohne besondere Therapie zurückging. In der Literatur sind 44 Fälle beschrieben, zum Teil mit anderem Verlauf, die Holländer in 2 Gruppen teilt. Die erste umfaßt fieberhaft verlaufende Bauchoperationen, die zweite völlig aseptische, wo nach Monaten allmählich Tumoren entstehen. Die letzteren hatten als Ursache stets einen Massenligaturfaden, meist von Seide, selten von Catgut. H. leugnet die direkt entzündliche Entstehung solcher Tumoren und faßt sie auf als mechanischen Reizeffekt des wachsenden Narbengewebes. Er glaubt, daß das periphere Netzstück dann dazu neige, wenn der Faden nicht so zugeschnürt ist, daß Nekrose einträte, sondern nur so, daß Blutstillung erreicht sei. Es sei im letzteren Falle immer noch eine Ernährung des Stumpfes vorhanden. Therapeutisch empfiehlt er keine generellen Ligaturen, sondern Unterbindung der spritzenden Gefäße und Anwendung zuverlässigen Catguts. *Weichert* (Breslau).[CH]

Tourneux, J.-P., et A. Stillmunkes, Les déchirures mésentériques au cours de l'étranglement herniaire. (Zerreißungen des Mesenteriums bei der Darmeinklemmung.) Progr. méd. Jg. **41,** Nr. 15, S. 187—190. 1913.

Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf diese bisher wenig gewürdigte Komplikation,

die nach ihrer Ansicht häufig die Ursache der Gangrän des eingeklemmten Darmes ist. Sie selbst haben 2 Fälle beobachtet und 7 weitere in der Literatur gefunden. Die Zerreißungen des Mesenteriums in eingeklemmten Hernien werden begünstigt durch dystoxämische Momente (Albuminurie, Diabetes), welche die Widerstandskraft der Gewebe schädigen. In einem der Fälle der Verff. war der durch die Schwangerschaft bewirkten Auflockerung der Gewebe ein in diesem Sinne begünstigender Einfluß zuzuschreiben. Forcierte Taxisversuche bilden meist die direkte Veranlassung. Die eigentliche Ursache der Zerreißungen liegt nicht in der Engigkeit der Einschnürung, sondern in der Spannung, unter welcher das eingeklemmte Netz — zum Unterschied vom eingeklemmten Darm — steht. Der Einriß kann direkt am Ansatz oder in jeder Entfernung vom Darm eintreten. Bei inkompletten Rissen, welche nur das oberflächliche Serosablatt betreffen, genügt einfache Übernähung. Komplette Risse, bei welchen das Mesenterium in seiner ganzen Dicke mitsamt den Gefäßen durchrissen ist, machen Darmresektion notwendig. Der Darm muß weit „im Gesunden" reseciert werden; es ist auf peinlichste Blutstillung zu achten zur Vermeidung von Nachblutung aus den durchrissenen Gefäßen. *Jung* (Straßburg).[CH]

Sabatini, Gioacchino, Disinserzione parziale del mesentere in un caso di ernia strozzata. (Teilweiser Abriß des Mesenteriums in einem Fall von eingeklemmter Hernie.) (*Osped. mandament. di Copparo.*) Clinica chirurg. Jg. **21**, Nr. 4, S. 796—804. 1913.

„55jähriger Pat. mit einer eingeklemmten Inguinalhernie, am Mesenterium der eingeklemmten Schlinge fand sich eine zackenförmige Abreißung des Ansatzes in einer Länge von 8 cm, die Abreißung betrifft nur das eine Blatt des Mesenteriums. Nachdem die blutenden Gefäße einfach unterbunden wurden, wurde der Riß einfach zugenäht. Heilung." Es sind nur 8 solcher Fälle in der Literatur beschrieben; die Länge des Risses schwankte zwischen 6—30—50 cm. Das Gekröse war in allen Fällen in seiner Konsistenz verändert, vielfach war eine abnorme mürbe Beschaffenheit verzeichnet. Neumann erklärte den Mechanismus der Einklemmung in folgender Weise: Er nimmt an, daß die Einklemmung sich ereignet, während der Körper sich in starker Flexion befindet, wobei der innere Leistenring sich der Wirbelsäule nähert; wird der Körper wieder gerade gerichtet, so entsteht durch Vergrößerung des Abstandes eine Zerrung an dem gespannten Gekröse. Verf. konnte diese Annäherung bei Leichenversuchen nicht konstatieren, resp. beträgt dieselbe bei Leistenhernien nicht mehr als 1 cm. Andere Autoren nehmen an, daß der Elastizitätsmangel des Mesenteriums als Hauptursache für dessen Abreißung anzusehen sei. In den meisten Fällen dürften die energischen Taxisversuche an der Verletzung schuld sein. Da die Blutung meist nicht sehr stark ist, so ist die Diagnose in den meisten Fällen erst während der Operation möglich. Kleinere Risse, die die Gefäße noch nicht zu stark interessiert haben, können vernäht werden; ist der Darm in seiner Ernährung gefährdet, so ist die Resektion am Platze. *Monnier* (Zürich).[CH]

Róna, D., Über Lymphangioma cysticum mesenterii. (*Allg. Krankenh., Baja* [*Ungarn*].) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 1, 122—125. 1913.

Nach einer kurzen Übersicht über die Ätiologie, Krankheitssymptome, Diagnose und Therapie der Mesenterialcysten Mitteilung eines selbst beobachteten Falls:

30jähriger Mann, seit 3 Jahren zunehmende Vergrößerung des Leibes; vor kurzer Zeit durch Punktion des Abdomens 20 l Flüssigkeit ohne Erfolg entleert. Bei der Operation wegen Annahme einer portalen Stase fand sich eine riesenhafte, die ganze Bauchhöhle erfüllende, mehrkammerige Cyste mit dünner, zerreißlicher Wand und flüssigem, teils chylösem Inhalt, ausgehend von der Radix mesenterii. Entfernung der Cystenwand bis auf ihre Wurzel, die wegen innigen Zusammenhanges mit den großen mesenterialen Gefäßen in die Bauchwunde eingenäht wurde. Ungestörter Heilungsverlauf. Histologische Diagnose: Lymph. chyl., Angioma cysticum mesenterii. *Blezinger* (Stuttgart).[CH]

Obál, Franz, Primäre Typhlitis. (*Chirurg. Univ.-Klin., Budapest.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 1, S. 201—207. 1913.

Als Ausgangspunkt der in der Ileocöcalgegend auftretenden Entzündungserscheinungen

nahm man ursprünglich das Coecum an. Heute ist die Ansicht der Autoren, ob es überhaupt eine primäre Typhlitis gibt oder nicht, geteilt. Verf. verfügt nun über einen Fall aus der II. chirurgischen Universitätsklinik zu Budapest, der eine einwandsfreie Syphilitis ohne Appendicitis darstellt. Es wurde bei einem jungen Mann ein Absceß in der Ileocöcalgegend eröffnet und dabei auf der Vorderseite des Coecums ein großes perforiertes Ulcus gefunden, während der Wurmfortsatz vollkommen gesund war. Durch mikroskopische Untersuchung wurden die völlig normale Beschaffenheit des Wurmes sowie die schweren Entzündungserscheinungen am Coecum bestätigt gefunden. Dabei ist zu bemerken, daß eine spezifische Erkrankung wie Tuberkulose, Typhus usw. sicher auszuschließen war. Auf Grund dieses Falles und der von anderen Autoren gemachten Beobachtungen resümiert Verf., daß das Vorkommen einer primären Typhlitis vollkommen sicher ist. Eine diagnostische Unterscheidung von der sehr viel häufigeren Appendicitis ist kaum möglich. Die Infektion geht vom Kot aus. Angeborene und akquirierte Veränderungen des Coecums spielen dabei eine gewisse Rolle.

Dencks (Neukölln).CH

Fletcher, C. G., A plea for the early recognition of acute intestinal obstruction. With report of cases. (Ein Hilfsmittel bei der Frühdiagnose der akuten Darmobstruktion. Mitteilung von Fällen.) Northwest med. Bd. 5, Nr. 1, S. 14—17. 1913.

Fletcher betont die Wichtigkeit hoher Einläufe zur Erkennung von Darmobstruktion.

Wiemer (Herne).

Intestinal parasites in the vermiform appendix. (Intestinal-Parasiten im Wurmfortsatz.) Edinburgh med. journal Bd. **10**, Nr. 5, S. 437—444. 1913.

Nach v. Moty verursachen Askariden in erster Linie akute, Oxyuren und Trichocephalen chronische Formen von Wurmfortsatzentzündung. Damit stimmen die 14 Fälle der Arbeit, deren Krankengeschichten kurz mitgeteilt werden, überein. In 12 Fällen wurden Oxyuren im aufgeschnittenen, operativ entfernten Wurmfortsatz nachgewiesen, darunter 2 akute Fälle, die übrigen chronisch (ein Fall von Intussusception, bei dem den Würmern der verursachende Reiz zugeschrieben wird, wird mitgerechnet). Einmal fanden sich 4 Askariden im akut entzündeten Wurmfortsatz, einmal Trichocephalen bei einem Wurmfortsatzcarcinom. Drei Fälle betrafen Kinder, die übrigen meist Personen in jugendlichem Alter. Das Krankheitsbild zeigte keine den parasitären Ursprung andeutenden Züge. *zur Verth.*CH

Schultze, Walter, Die heutige Bewertung der Blutuntersuchungen bei der Appendicitis bzw. freien fortschreitenden appendicitischen Peritonitis. (*Krankenh. Moabit, Berlin.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **26**, H. 1, S. 61 bis 81. 1913.

Die in Kothers Arbeit niedergelegten Erfahrungen über den diagnostischen und prognostischen Wert der quantitativen und qualitativen Leukocytenveränderung bei der Appendicitis und ihren Folgeerkrankungen werden durch die Untersuchungsergebnisse Schultzes völlig bestätigt, nach welchen bei genügender Erfahrung in der Beurteilung des Blutbefundes die Veränderung des neutrophilen Blutbildes zugunsten der einfachkernigen Leukocyten, d. h. „die Verschiebung nach links" (ein Zeichen für den Grad der durch die Infektion bereits gesetzten Schädigung des Organismus) — störende Momente wie Tuberkulose, Anämie, allgemeine minderwertige Konstitution, Angina, Pneumonie ausgeschaltet — im Zusammenhang mit der quantitativen Leukocytose (ein Zeichen der Stärke des Infektionsreizes und der Reaktionsfähigkeit des Körpers) und unter Berücksichtigung der sonstigen klinischen Erscheinungen ein weiteres wertvolles Symptom zum Aufbau des klinischen Bildes und ein wertvolles Prognosticum ganz besonders bei den freien fortschreitenden Peritonitiden darstellt, bis zu einem gewissen Grade Rückschlüsse auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Wurmfortsatz und Peritoneum gestattet, in akuten Fällen die exspektativ von den operativ zu behandelnden Erkrankungen mit ziemlicher Sicherheit zu trennen ermöglicht und im weiteren Verlauf der Erkrankung wertvolle Anhaltspunkte bietet. Blutbildtafeln; Methode der Blutuntersuchung; Zählung mit Rechenmaschine „Cytax". *Blezinger* (Stuttgart).CH

Kennedy, J. W., Removal of mucocele of appendix. (Entfernung einer Mucocele des Wurmfortsatzes.) New York med. journal **97**, S. 602. 1913.

Bei einem Patienten, der 25 Jahre lang über Magenbeschwerden geklagt, 3 Anfälle von Typhus — Verf. spricht dem Wurmfortsatz eine gewisse ätiologische Bedeutung für die Entstehung des Typhus zu — und unzählige akute Blinddarmentzündungen durchgemacht hatte, wurde während eines akuten Anfalls, der alle Erscheinungen eines appendicitischen Abscesses bot, ein enorm langer und dicker Wurmfortsatz entfernt, der bei der sehr schwierigen Herausnahme platzte und eine geleeartige Masse ausfließen ließ. Trotz der entzündlichen Erscheinungen fand sich kein Eiter. Glatte Heilung. Beschreibung und mikroskopische Untersuchung des Präparats: das cöcale Orificium war kaum für eine Sonde durchgängig, die Außenfläche mit Fibrin belegt, der Inhalt eine geleeartige Masse, ähnlich wie bei manchen Ovarialcysten;

die Wand bestand aus Bindegewebe mit nekrotischen Stellen an der Innenseite, Leukocyteninfiltration und teilweiser Endothelhyperplasie; keine Zeichen von Malignität. Die Entstehung dieser Mucocele ist offenbar so zu erklären, daß Entzündungen zu einer Verengerung des Lumens am cöcalen Ende und dadurch zu einer Retention von Schleim geführt haben.

Kohl (Berlin).CH

Denk, Julius, Resultate von 601 Appendicitis-Operationen mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation. (*Ludwigsspit. „Charlottenhilfe" u. Karl-Olga-Krankenh., Stuttgart.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 2, S. 481—497. 1913.

Bericht aus der Abteilung von Hofmeisters, schließt sich an an eine Arbeit Haists aus derselben Abteilung (Bruns Beitr. Bd. **54**, H. 3).

Mortalität bei Frühoperationen 1,6%, rezidividierte 0,4%, im Intermediärstadium 9%, bei Spätoperationen 14%, bei Intervalloperationen 0,7%. Charakter der Rezidive wird mit jedem Anfall schwerer, Ausgang in Eiterung immer wahrscheinlicher. *zur Verth* (Kiel).CH

Sasse, A., Eingeklemmter Wurmfortsatz-Schlingenbruch, ein Beitrag zur Ätiologie der Appendicitis. (*Chirurg.-gynaekol. Klin. von Dr. H. Michaëlis, Cottbus.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 20, S. 936—938. 1913.

Beschreibung eines operierten Falles von Einklemmung des zentralen, entzündeten perforierten Teiles des Processus, während Cöcaltrichter und Prozessusspitze uneingeklemmt in der Bauchhöhle bleiben. Appendektomie, Versorgen der Perforations-Abszeßhöhle. Heilung. In diesem Falle war das primäre Moment ein mechanisches, die Einklemmung. Als Folge hierdurch bedingter, irreparabler Zirkulationsstörungen traten destruktive Prozesse auf und jetzt erst sekundär entzündliche Erscheinungen, ein konsekutives Verhältnis, wie es auch allgemein für die Ätiologie der Appendicitis bedeutungsvoll sein mag. *L. Simon.*

Jackson, Jabez N., Retrocecal appendicitis. (Retrocöcale Appendicitis.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 17, S. 1285—1289. 1913.

In 20% der Fälle liegt der Wurmfortsatz retrocöcal. Diese Lage modifiziert besonders die Erscheinungen von seiten des Peritoneums, die der Appendicitis in erster Linie das charakteristische Gepräge geben. Verf. unterscheidet vier verschiedene Typen der anatomischen Anordnung bei retrocöcaler Lage. 1. Appendix liegt mit eigenem Mesenteriolum nach oben geschlagen hinten außen vom Coecum — intraperitoneal. 2. Appendix, nur am vorderen Umfang mit Serosa bedeckt, liegt seitlich außen vom Coecum unter dem parietalen Serosaüberzug — subperitoneal. 3. Appendix liegt unmittelbar am Kolon verlaufend mit dem Coecum in einem Peritonealüberzug — subperitoneal. 4. Appendix ist ohne unmittelbaren Peritonealüberzug vollständig hinter dem Kolon versteckt — retro- oder extraperitoneal. Die Bauchfellentzündung bei retrocöcaler Wurmfortsatzlage kann sich schwer diagnostizierbar bis unter die Leber, um die Leber bis in die Pleura ausbreiten. Die anatomische Lage des Wurmfortsatzes bringt ferner die Möglichkeit von Phlegmonen des retroperitonealen Gewebes mit sich, die sich nach allen Seiten, z. B. um die Nieren, auf den Oberschenkel oder die Wirbelsäule kreuzend auf die gegenüberliegende Seite ausdehnen können. Nicht selten entstehen Leberabscesse auf dem Wege der Pfortader. Diagnostisch ist der frühe Rückgang von Schmerz, Spannung und Druckschmerz am Mac Burneyschen Punkte für die retrocöcale Lage des Wurmes charakteristisch. Dabei tritt ein Schmerzpunkt weiter hinten in der Lendengegend auf. Blutbild und septische Symptome können beim Verschwinden der örtlichen Erscheinungen die retrocöcale Eiterung anzeigen. Therapeutisch ist früher Eingriff, großer, weit nach hinten reichender Schnitt und Drainage vom tiefsten Punkt aus durch Gegeneinschnitt in der Lendengegend erforderlich. *zur Verth* (Kiel).CH

Rogg, Franz Alfons, Carcinom und Carcinoid der Appendix. (*Pathol. Inst., Univ. Rostock.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. **13**, H. 1, S. 12—41. 1913.

Während in früherer Zeit die Klinik und Pathologie des Wurmfortsatzes sich allein mit der Appendicitis befaßte, hat sich im letzten Jahrzehnt das Interesse auch den Tumoren der Appendix zugewandt. Im ganzen sind bis jetzt ca. 200 Fälle bekannt. Im Vergleich zur Entzündung ist die Tumorbildung sehr selten (auf ca. 11 000 Appendicitiden kommen 58 Tumoren). Am häufigsten werden Personen im 3. Lebensjahrzehnt befallen. Nach dem Sitz in den einzelnen Wandschichten kann man die Appendixtumoren in intramuköse, submuköse und subseröse einteilen. Ihr Lieblingssitz ist die Spitze der Appendix, oft ist infolge infiltrativen Wachstums der Ausgangspunkt nicht mehr festzustellen. Auch in obliterierten Wurmfortsätzen sind Tumoren beobachtet worden. Nach dem histologischen Bau handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um kleinzellige Carcinome. Progressive Veränderungen sind selten. Diese Form der Appendixcarcinome, welche relativ gutartig ist und oft ohne klinische

Erscheinungen verläuft, ist von Oberndorfer, Simmonds u. a. als Carcinoid bezeichnet worden. — Seltener handelt es sich bei den Appendixtumoren um Cylinderzellencarcinome. Diese Form tritt im späteren Lebensalter (5. Jahrzehnt) am häufigsten auf, die Tumoren wachsen schnell zu einer Größe, die bei den Carcinoiden der Appendix nicht beobachtet wird, und können Metastasen bilden. Sie entsprechen also in jeder Hinsicht den Adenocarcinomen des Darms. Übergänge zwischen kleinzelliger und zylindrischer Form sind bekannt. Eine scharfe Abgrenzung der Carcinoide von den echten Carcinomen ist nicht möglich, da stets angenommen werden kann, daß die ersteren die Anfangsstadien der letzteren vorstellen. Zudem kommen an anderen Körperstellen Carcinome der verschiedensten Malignität, sogar an denselben Organen vor, so daß fließende Übergänge bestehen. Die geringere Bösartigkeit der kleinzelligen soliden Tumoren findet ihr Analogon in der Gutartigkeit der Krompecherschen Basalzellenkrebse spez. des Ulcus rodens. Die formale Genese der Appendixtumoren, speziell die Frage, ob sie als Produkte einer entzündlichen Wucherung des adenoiden Gewebes der Mucosa oder des Lymphgefäßendothels oder als Produkte einer embryonalen Keimabsprengung anzusehen sind, ist noch ungeklärt, so daß eine Trennung der beiden Arten von Tumoren zurzeit unmöglich ist. *Pringsheim* (Breslau).[M]

Müller, Ernst, Über Carcinoide des Wurmfortsatzes. (*Allgem. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 1, S. 198—214. 1913.

Aus der Zahl der bisher als primäre Carcinome des Wurmfortsatzes beschriebenen Fälle müssen diejenigen ausgesondert werden, deren Ursprung vom Wurmfortsatz nicht zweifellos ist. Es sind solche Fälle, bei denen nicht nur Appendix, sondern auch Coecum und zum Teil angrenzende Dünndarmschlingen mit ergriffen sind, wo also der Ausgansgpunkt fraglich bleibt. Diese Tumoren finden sich bei älteren Leuten, machen Metastasen und haben mikroskopisch den Typus des Adenocarcinoms. — Eine zweite Gruppe von Tumoren, allerdings nur sehr selten beschrieben, unterscheidet sich von der ersten dadurch, daß tatsächlich lediglich der Wurmfortsatz erkrankt ist. Sie kann man als „primäre Carcinome" des Wurmfortsatzes bezeichnen. — Die dritte Gruppe, etwa 80% der in der Literatur veröffentlichten Fälle, zeigt Eigentümlichkeiten, die ihr eine besondere Stellung in der Geschwulstpathologie zuweisen. Es sind Rundzellentumoren mit infiltrativem Wachstum, die als epitheliale Neubildungen aufzufassen sind. Sie ähneln einer von Oberndorfer beschriebenen Art kleiner, multipel auftretender Dünndarmtumoren. Beide Tumorgruppen bilden eine besondere Art epithelialer Neubildungen des Darms, die den Bau des Krebses ohne seine klinischen Erscheinungen zeigen und durch den Namen „Carcinoid" gut gekennzeichnet werden. Am Wurmfortsatz kommen sie nur bei jungen Leuten vor, haben geringe Größe, sind klinisch gutartig und werden daher nach Appendektomie bei Untersuchung des Präparates gefunden. Ob sie infolge des Entzündungsreizes entstanden sind, oder ob sie durch Verschluß des Lumens die Entzündung hervorgerufen haben, ist zweifelhaft. *Paetzold* (Berlin).[CH]

Guibé, Polype du rectum datant de 30 ans au moins. (Rektalpolyp, der bereits seit 30 Jahren existierte.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 4, S. 192—193. 1913.

Die Erkrankung machte den Eindruck eines Rektalprolapses, erst die genauere Untersuchung zeigte, daß es sich um einen etwa kirschgroßen Polypen handelte. Abtragung. Heilung. *Wiemer* (Herne).

Chalier, André, Le traitement palliatif du cancer du rectum. (Die Palliativbehandlung des Rectumcarcinoms.) Progr. méd. Jg. **41**, Nr. 18, S. 226 bis 232. 1913.

Verf. befürwortet bei jedem inoperablen Rectumcarcinom eine möglichst baldige chirurgische Palliativbehandlung, zumal alle anderen Methoden, wie Fulguration, Diathermie und Radiotherapie versagt haben. Von chirurgischen Eingriffen kommen nur solche in Frage, die in möglichst vollkommener Weise den Darminhalt vom Tumor ableiten. Die Operation der Wahl ist der Anus praeternaturalis an der linken Seite; er soll in Form einer Doppelflinte angelegt werden. Nur bei sehr großer Auftreibung des Leibes ist ein Anus coecalis vorzuziehen,

da in solchen Fällen die stark gedehnte Wand der Flexura sigmoidea sehr brüchig zu sein pflegt. Beim Anus coecalis geht Verf. so vor, daß er das Coecum, eventuell nach Mobilisierung, weit aus der Laparotomiewand hervorzieht und nach Incision die Darmöffnung von dem Bauchschnitte entfernt an der Haut fixiert (Exocoecopexie). Der Anus praeter beseitigt die Blutungen, die Schmerzen und den Tenesmus, er verlangsamt das Wachstum der Geschwulst und verhindert die Sekundärinfektion und phlegmonöse Prozesse in ihrer Umgebung. Seine Anlegung ist deshalb auch in Fällen, bei denen keine Passagebehinderung besteht, indiziert. Eine andere Methode zwecks Ableitung des Kotes, die Entero-rectostomie, kommt beim eigentlichen Rectumcarcinom nicht in Frage. *Neupert* (Charlottenburg).CH

Lardennois, Polypose recto-colique. Cancer anorectal. Réactions ganglionnaires. (Polypen des Rectokolons. Anorectales Carcinom. Ganglienreaktion.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 4, S. 231—233. 1913.

Es wurde ein 40 cm langes Stück Darm reseziert. Unterer Schnitt am Sphincter ani, wo ein kleines, 1 Franc großes, hartes Adenocarcinom sich befand. Nach oben ist die ganze Schleimhaut mit kleinen Polypen bedeckt. Im retrorektalen Fettgewebe zahlreiche Drüsen. Das exstirpierte Stück bietet das typische Bild eines Carcinoms auf einen polypösen Boden. Typisch sind auch die Drüsen. In der Umgebung des Tumors sind sie krebsig degeneriert; nach oben nur hyperplastisch und hyperhämisch. *R. Chapuis* (Genf).

Schwartz, Anselme, Le diagnostic des hémorroïdes et le toucher rectal. (Die Diagnostik der Hämorrhoiden und das Touchieren des Rectums.) Paris méd. Nr. 26, S. 628—629. 1913.

Schwartz macht darauf aufmerksam, daß man bei jeder Blutung aus dem Anus das Rectum digital untersuchen oder rectoskopieren soll. Es kann sich um versteckte innere Hämorrhoiden, um Carcinom oder um beides handeln, und oft werden durch den Praktiker, der die digitale Untersuchung unterläßt, schwere Fehler begangen. Er führt zur Illustration mehrere eigene Fälle an, von denen der eine, lange auf Hämophilie behandelt, schließlich ganz ausgeblutet war, bis man dann durch Rectaluntersuchung Hämorrhoiden fand; ein anderer, der wegen Hämorrhoiden operiert werden sollte, ließ erst in der Narkose ein höher sitzendes inoperables Rectumcarcinom erkennen. *Bretz* (Bonn).

Harnorgane:

Scheidemandel, Eduard, Die infektiösen Erkrankungen der Nieren und Harnwege (mit Ausnahme der Tuberkulose). (*Allg. Krankenh., Nürnberg.*) Würzburger Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. 13, H. 7/8, S. 179—255. 1913.

Nach dem Wege, auf dem Infektionskeime in die Harnwege gelangen können, unterscheidet Scheidemandel: 1. hämatogene (deszendierende) Infektion durch Bakterien, die auf irgendeine Weise in den Kreislauf gelangt sind. 2. urogene (aszendierende) Infektion von den unteren Harnwegen aus (Urethra, Blase, Ureter). 3. Infektion auf dem Lymphwege vom Darm aus. Der hämatogene Infektionsmodus kommt besonders in Betracht für die Erkrankungen des Nierenparenchyms selbst. Das klinische Bild dieser meist als eitrige Nephritis bezeichneten Erkrankung ist ein sehr variables. Systematisch ausgeführte bakteriologisch-mikroskopische Harnuntersuchungen ergaben, daß diese Erkrankung viel häufiger die Folge einer direkten bakteriellen Infektion zu sein scheint. Ätiologisch hat man das Augenmerk zu richten auf die Tonsillen, ferner Nebenhöhlen, Mittelohr. Sch. verwirft im ganzen die chirurgische Therapie zugunsten einer intern-medizinischen. Unbedingt zu operieren sind der Nierenabsceß und die paranephritische Eiterung. Letztere entsteht durch Verschleppung von Bakterien in das perirenale Fettgewebe; die wichtigste Infektionsquelle bilden die Furunkel der Haut. Die Symptome der Paranephritis sind hohes Fieber, Druckempfindlichkeit der Niere, schwere Allgemeinerscheinungen; erst bei größerer Eiteransammlung tritt eine sichtbare Schwellung und Ödem der Lendengegend ein. Der positive Ausfall der bakteriologischen Harnuntersuchung ist für die Frühdiagnose der paranephritischen Eiterung zu verwerten. Wenn für die Infektion der Niere fast ausschließlich der Blutweg in Frage kommt, ist für die Erkrankungen des Nierenbeckens (Bacterium coli) außer der deszendierenden Infektion auf dem Blutweg noch die aszendierende Infektion von

der Blase aus und der Lymphweg zu berücksichtigen. Gegen die Bedeutung der Blutinfektion spricht die Tatsache, daß die Pyelitis auch im jüngsten Kindesalter fast ausschließlich Mädchen befällt. Eine wichtige Vorbedingung zum Aufsteigen der beweglichen Colibacillen ist die Rückstauung des Urins. Die Infektion auf dem Lymphwege hat ihr anatomisches Substrat in einer Lymphgefäßverbindung von Colon ascendens und Coecum zur rechten Niere, deren Stromrichtung vom Darm zur Niere geht; nach Müllers Untersuchungen soll eine Ascension der Colibacillen in den Lymphspalten des Ureters von der Blase ins Nierenbecken stattfinden. Bei der Pyelitis fehlen fast nie zwei anamnestische Hinweise: 1. frühere Reizzustände der Blase, 2. die Nykturie. Der Druckschmerz der infizierten Niere kann ein vorübergehender sein. Muskelhyperalgesie und Hauthyperästhesie können noch längere Zeit bestehen. Zur Erkennung des Eiters im Urin wird besonders die Müllersche Probe empfohlen. Die Reaktion des Urins bei Colipyelitis ist stets sauer. Nierenblutungen gehören nicht zum Bild der einfachen Colipyelitis. Wichtig ist der Nachweis von Bakterien. Sch. konnte als wichtigsten Erreger der Pyelitis in 85% das Bacterium coli feststellen. Kann cystoskopisch eine Cystitis ausgeschlossen werden, so ist der Ureterenkatheterismus indiciert zur Feststellung, ob eine oder beide Nieren erkrankt sind. In schweren Fällen gelang es Sch., Bakterien im Blut nachzuweisen. Die Serodiagnostik versagt für die Erkenntnis der Coliinfektionen vollständig. Der Fieberverlauf ist meist charakteristisch: Schüttelfrost zuweilen, febris continua, Abfall nach 5—6 Tagen: gegen Pneumonie sprechen niedriger Puls und ruhige Atmung. Charakteristisch ist auch der Wechsel zwischen Apyrexie und neuen Fieberanfällen; beim Rückfall wird häufig die gesunde Niere ergriffen. Von 125 Fällen gehörten nur 12 dem männlichen Geschlecht an; die stärkere Beteiligung der rechten Niere wird hervorgehoben. Ein Zusammenhang zwischen Menstruation und Pyelitis ist unverkennbar. 20% der Pyelitisfälle betraf gravide Frauen. Die Graviditätspyelitis, erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sich bemerkbar machend, ergreift noch häufiger, als die einfache Pyelitis das rechte Nierenbecken: in $^2/_3$ der Fälle weist der gravide Uterus eine physiologische Dextroversion auf. Die Pyelographie ergab regelmäßig eine Erweiterung des Ureters über dem Eintritt ins kleine Becken und eine Erweiterung des Nierenbeckens. Bei der Deflorationspyelitis traten im Anschluß an die ersten Koitusversuche anfangs cystitische Beschwerden, nach einigen Tagen Lendenschmerzen auf. Die Prognose der einfachen Pyelitis ist günstig; das chronische Stadium kann jahrelang bestehen, ohne daß der Prozeß Fortschritte macht Die Bacteriurie ist nach Sch. das Endstadium der Pyelocystitis. Die meisten Pyelitisfälle heilen unter konservativ-symptomatischer Therapie. Die Vaccinebehandlung ist unsicher. In schweren Fällen wird der Ureterenkatheterismus und die Nierenbeckenspülung mit Argentum nitricum ausgeführt. Bei der Graviditätspyelitis soll die Patientin Linkslage einnehmen; die Unterbrechung der Gravidität ist zwar von prompter Wirkung, ist aber nicht zu empfehlen. Die operative Behandlung ist nur in komplizierten Fällen angezeigt. *P. Meyer* (Berlin).

Cuénot, Bruntz et Mercier, Quelques remarques physiologiques sur les néphrocytes. Réponse à M.M. P. Bouin et Ancel. (Einige physiologische Bemerkungen über die Nephrocyten). Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 74, Nr. 19, S. 1128—1130. 1913.

Polemik gegen Buin und Ancel. *Wiemer* (Herne).

Isobe, K., Experimentelles über die Einwirkung einer lädierten Niere auf die Niere der anderen Seite. (*Kais. chirurg. Univ.-Klin., Kyoto, Jap.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **26**, H. 1, S. 1—8. 1913.

Verf. hat an Kaninchen und Hunden die Einwirkung der lädierten Niere auf die Niere der anderen Seite dadurch festgestellt, daß er die Gefäße der einen Niere unterband und dann kürzere oder längere Zeit nachher die andere Niere exstirpierte. Der Eintritt der Totalnekrose der unterbundenen Niere führt zur Resorption reichlicher Zerfallsprodukte in die Blutbahn, welche bei der Ausscheidung auf die Epithelien der

anderen Niere toxisch wirken und mehr oder weniger starke parenchymatöse Veränderungen in derselben hervorrufen. Diese Rückwirkung sistiert nach 1—2 Monaten, wo die nekrotisierte Niere in ein kleines verkalktes Knötchen umgewandelt keine toxischen Substanzen mehr produziert. Wird nur der Harnleiter der einen Niere unterbunden oder war der Ligatur der Nierengefäße Nephrotomie und Netzimplantation oder Dekapsulation und Netzumhüllung der betreffenden Niere vorausgegangen und dadurch Kollateralbahnen zustande gekommen, so entstand nur eine mehr oder weniger deutliche Hypertrophie der anderen Niere. Es werden jetzt weniger toxische Substanzen produziert, wenn die Nierensubstanz weniger rasch und in geringerem Umfange nekrotisch wird. Verf. nimmt an, daß die zerfallene Nierensubstanz spezifisch toxisch und auf die Niere allein wirkt, da nach seinen weiteren Versuchen (Excision eines Stückes Leber, Umhüllung mit Netz und Versenkung in die Bauchhöhle, dazu Exstirpation der einen Niere) die nekrotisch gewordene Lebersubstanz nur allgemeine Intoxikationserscheinungen hervorruft und keine merkliche Schädigung der Niere selbst bewirkt.

Oehler (Freiburg i. Br.).CH

Aleman, O., Ein Fall von rechtseitiger, intermittierender Hydronephrose, hervorgerufen durch zwei Arteriae renales accessoriae. Operation mit Exstirpation dieser Gefäße. Genesung. Nord. med. Ark., Kirurgi Bd. **45**, H. 4, Nr. 10. 1912 (1913).

Mitteilung eines Falles von intermittierender Hydronephrose, die durch zwei Arteriae renales accessoriae verursacht war. Nach operativer Entfernung dieser anormalen Nierengefäße trat Heilung ein.

Hohmeier (Marburg).CH

Baetzner, Wilh., Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis granulosa. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 3, S. 285—294. 1913.

Baetzner teilt einen Fall von Pyelitis granulosa mit, der in seinen klinischen Erscheinungen von dem durch v. Fritsch skizzierten Krankheitsbild der Pyelitis granulosa insofern abweicht, als die intermittierenden Massenblutungen fehlten. B. legt daher den Schwerpunkt für obige Erkrankungsform auf den pathologisch-anatomischen Befund, welcher eine spezielle Entzündungsform der Harnwege darstellt, die durch umschriebene, knötchenförmige, kleinzellige Infiltration charakterisiert ist. In der Ätiologie der Pyelitis granulosa scheint der Typhus abdominalis eine gewisse Rolle zu spielen.

Rehn (Jena).CH

Perrier, Ch., Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale bilatérale. (Diagnostik und Behandlung der bilateralen Nierentuberkulose.) Rev. méd. de la Suisse Romande Jg. **33**, Nr. 4, S. 313—317. 1913.

Der Verf. hatte Gelegenheit, bei einigen doppelseitigen Nierentuberkulosen operative Besserung zu erzielen, und gibt seine hierbei gewonnenen Erfahrungen wieder. Die Diagnose der Nierentuberkulose beruht einmal auf den klinischen Symptomen und dem Befund des Gesamturins, dann aber vor allem auf der Untersuchung durch den Ureterenkatheterismus. Letzterer gibt Aufschluß über die erkrankte Seite und den Zustand der beiden Nieren. Die Funktionsprüfung wird durch die Chromocystoskopie gemacht. Sind beide Nieren in geringem Grade erkrankt, so ist ein Eingriff nicht angezeigt. Sind beide Nieren schwer erkrankt, so ist die Nephrektomie ausgeschlossen und höchstens zur Schmerzlinderung eine Nephrotomie zulässig. Ist eine Niere leicht, die andere schwer affiziert, so kann die Nephrektomie der schwer erkrankten Seite angezeigt sein, falls der Allgemeinzustand es gestattet. Eventuell kann man erst nephrotomieren, und wenn sich das Allgemeinbefinden gebessert hat, zur Nephrektomie schreiten. In zwei derartigen Fällen wurde vom Verf. die Nephrektomie mit gutem, vorübergehendem Erfolg ausgeführt. Die Patienten werden durch die Besserung ihres Allgemeinzustandes gegen die tuberkulöse Erkrankung ihres Körpers widerstandsfähiger. Bei sehr schmerzhafter Blasentuberkulose tut die Cystotomia suprabubica gute Dienste. Auch die Ureterostomie wird in solchen Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt.

Kotzenberg (Hamburg).CH

Pedersen, Victor Cox, Hematuria. A study from the practitioner's standpoint. („Hämaturie." Eine Studie vom Standpunkte des Praktikers.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. **18**, S. **905—910**. **1913**.

Die Hämaturie ist nur ein Symptom. Sie tritt auf entweder vor oder nach dem Urinieren, oder mit dem Urin vermischt. Als Ursachen werden genannt: Trauma, Erkrankungen des Urogenitalapparates, Infektion und Parasiten, besonders Entozoen. Der Ursprung der Blutung kann an jeder Stelle des uropoetischen Systems liegen, sei es in der Niere, im Ureter, Blase, Prostata oder Harnröhre. Von Genitalerkrankungen kommt als Urasche die Gonorrhöe in Betracht, von allgemeinen Infektionen: Malaria, Hämophilie, Tropenkrankheit. Nierenblutung beruht auf Nephritis, — chronischer oder akuter — Tuberkulose, Neubildung oder Trauma. Die Diagnose wird gestellt durch Cystoskopie, Uretherkatheterismus oder Radiographie; Segregatoren empfehlen sich nicht. Verf. beschreibt einen operativen Fall, bei dem Tuberkulose in der rechten Niere als Ursache der Blutung gefunden wurde. Als parasitäre Ursache der Blutung kommen besonders der Echinokokkus und Filaria in Betracht. Bei Blutungen aus der Blase, welche auch oft bei Kindern beobachtet werden, wird die Ursache häufig in Papillomen der Blasenschleimhaut gefunden. Blutungen aus der Harnröhre finden sich besonders häufig bei Strukturen und nach Prostatamassagen. *A. Hirschberg.*

Lilienthal, Howard, Some points in the diagnosis and management of the surgical diseases of the kidney and urether. (Einige Punkte zur Diagnose und Behandlung der chirurgischen Nieren- und Uretererkrankungen.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 129—135. 1913.

Verf. weist zunächst auf die Wichtigkeit der exakten Untersuchung bei der Diagnose der Nierenkrankheiten hin. Steine, die im Röntgenbilde entgehen, können oft noch durch den Ureterenkatheterismus festgestellt werden. Bei Nierensteinen, die schon durch Pyelitis kompliziert sind, empfiehlt Verf. die Nephrektomie, vorausgesetzt, daß die andere Niere gesund ist. Einige Uretersteine, die dicht oberhalb der Papille saßen, konnten durch Ölinjektionen, in den Ureter durch das Cystoskop injiziert, zur spontanen Austreibung gebracht werden. Bei der Nierentuberkulose weist er darauf hin, daß die inkomplizierte beginnende Tuberkulose auch ohne Operation ausheilen kann. Liegt jedoch schon Mischinfektion einer Niere vor, so ist, falls die andere Niere gesund ist, die Nephrektomie auszuführen. Der kranke Ureter ist mit zu entfernen. Verf. führt zu diesem Zweck in den Ureter von der Nephrektomiewunde aus einen Katheter ein, legt dann durch einen zweiten Schnitt oberhalb des Poupartschen Bandes den unteren Teil des Ureters extraperitoneal frei, zieht den ganzen Ureter nebst Sonde nach unten durch und bindet ihn dann oberhalb der Blase ab. *Hinz.*[CH]

Kocher, Theodor, Zur operativen Behandlung der Wanderniere. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43**, Nr. 18, S. 545—551. 1913.

Beschreibung eines neuen Verfahrens für die Nephropexie, das Kocher in einem Falle angewandt hat. Dasselbe besteht darin, daß die Niere in einem freien, der Fascia lata entnommenen, ungefähr 18—20 cm breiten, in der Mitte in der Längsrichtung 4 cm lang gespaltenen Fascienstreifen mit dem unteren Pol in den Schlitz wie ein Stein in die Schleuder gelagert und durch die Capsula propria fassende Nähte darin unverschieblich befestigt und schließlich mittels des Fasciensackes in richtiger Stellung an die Fascia lumbocostalis und lumbodorsalis angeheftet wird. *Reinhardt* (Sternberg i. Mähren).[CH]

Ohlmacher, A. P., The bacteriology and bacteriotherapy of renal calculus and its sequels. (Bakteriologie und Bakteriotherapie der Steinniere und ihre Folgen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. **16**, S. 1213—1216. 1913.

Wright hat 1910 zuerst auf das Zusammentreffen von Steinniere und Bakteriurie sowie die Wirksamkeit der Vaccinetherapie hingewiesen. Ohlmacher teilt die 4 veröffentlichten Fälle Wrights kurz mit und fügt ihnen 8 eigene Fälle an. O. hat nun auch günstige Erfahrungen mit der Methode der autogenen Vaccinetherapie bei Behandlung der Steinniere insofern gesammelt, als die Miktionsbeschwerden und der

allgemeine Zustand der Kranken günstig beeinflußt werden. Die Therapie soll den chirurgischen Eingriff, wo er notwendig ist, nicht aufhalten oder ersetzen. Die Immunisierung soll vielmehr in Fällen, in denen nach der Operation noch Eiterung und Bakteriurie fortbestehen, oder in nicht operierten Fällen Anwendung finden. Ob die Inokulationen die Produktion von Nierensteinen oder die Bakteriurie beeinflussen, läßt O. freilich dahingestellt.

Die Herstellungstechnik der Vaccine ist derart, daß 0,1—1,0 ccm des steril aufgefangenen Urins (Mittelportion) auf Agarplatten kommen. Ist durch Trübung Bakteriurie manifest, werden Strichkulturen angelegt. Die Vaccinen werden von der 1. oder 2. Generation präpariert. Eine Bakterienemulsion wird $^1/_2$ Stunde auf 60° C erhitzt, mit sterilem Wasser verdünnt und durch Zusatz von 0,2% Trikresol konserviert. Die Dosierung richtet sich nach der lokalen und allgemeinen Reaktion. *Gebele* (München).CH

Bauereisen, A., Ein Fall von postoperativ entstandener Perinephritis serosa. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, H. 3, S. 124 bis 130. 1913.

Im Anschluß an eine Freund - Wertheimsche Operation bildete sich eine aufsteigende Infektion, die entlang den Ureteren auf dem Lymphwege in die Nierenkapsel eindrang und hier zu einer Entzündung der Tunica fibrosa und der Capsula adiposa inklusive Fascia renalis führte. Diese Entzündung möchte Verf. als Perinephritis bezeichnen. Sekundär führen die Keime durch Eindringen in das Nierenparenchym zur Nephritis. Die Operation der Wahl ist in solchen Fällen Incision unter möglichster Erhaltung der Niere. *Weißwange.*

Furniss, Henry Dawson, The value of functional kidney tests to the surgeon. (Der Wert der Nierenfunktionsprüfung für den Chirurgen.) Post-graduate Bd. 28, Nr. 4, S. 335—338. 1913.

Die Prüfung der Nierenfunktion für die Zwecke des Chirurgen besteht einmal darin, festzustellen, ob die Funktion beider Niere zusammen normal ist. In diesem Falle kann eine Niere ohne Schaden entfernt werden. Ist sie schlecht, so ist keine von beiden imstande, die Nierenfunktion allein zu übernehmen. Zweitens handelt es sich darum, festzustellen, in welchem Grade die Funktion der kranken Niere herabgesetzt ist, um schon vorher erwägen zu können, ob man die Pyelotomie, die Nephrotomie oder die Nephrektomie vornehmen soll. Drittens kommt es vor, daß die Gesamtnierenfunktion gut ist, daß aber die Sekretion der einen vermindert ist. In diesem Falle wird man durch diesen Umstand erst recht auf nochmalige genaue Untersuchung dieser Niere hingewiesen, was dann oft erst zur Diagnose führt. Das Vorgehen des Verf. bei der Funktionsprüfung ist folgendes: Erstens wird die Gesamtheit des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnstoffes bestimmt und dann das Quantum des von jeder einzelnen Niere in derselben Zeit ausgeschiedenen Harnstoffes. Weiter wird die Phenolsulfonphthaleinreaktion nach Geraghty angewandt und endlich die Indigocarminreaktion. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Läwen, A., Über doppelseitige Ureterolithotomie bei calculöser Anurie. (*Chirurg. Klin., Leipzig.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 84, H. 2, S. 411—420. 1913.

Die meisten Autoren schreiben bei calculöser Anurie der Ureterolithotomie gegenüber den an der Niere angreifenden Operationen (Nephrotomie) nur eine ganz untergeordnete Rolle zu und erklären ihre Ausführung nur unter ganz besonderen Umständen für zulässig. Sie empfehlen, den Ureterstein erst sekundär zu entfernen. Die doppelseitige Ureterolithotomie bei Anurie ist noch nicht häufig ausgeführt worden. Verf. bespricht an der Hand eines mit Erfolg dieser Operation unterzogenen Falles die Berechtigung und Aussichten derselben: sie ist indiziert bei Einklemmung der Steine im iliacalen oder pelvinen Abschnitt der Ureteren. Sie ist nur gestattet, wenn die Nierenbecken frei von Steinen gefunden werden. Der radiographische Befund ist demnach maßgebend. Bei noch nicht lange bestehender Anurie ist der Versuch gerechtfertigt, die Konkremente auf unblutigem Wege durch Ureterendilatation oder intraureterale Injektion differenter Flüssigkeiten zu entfernen. Bestehen schwere urämische Symptome, so ist die ein- oder doppelseitige Nephrotomie vorzuziehen, weil sie den Wiedereintritt der Nierenfunktion beschleunigt (vgl. Darmfistel bei Ileus). Erst nach Wiederherstellung dieser ist dann die Beseitigung des Passagehindernisses vorzunehmen. Die doppelseitige Ureterotomie eignet sich demnach nur für eine beschränkte Anzahl von Fällen, sollte aber doch in weiterem Umfange als bisher angewendet werden. *Oehler* (Freiburg i. B.).CH

Ottow, Benno, Beitrag zur Kenntnis der intermittierenden Ureterocele vesicalis. Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4,** H. 3, S. 103—106. 1913.

Beschreibung eines Falles von einseitigem Ureterprolaps, dessen Größe sich mit der Stärke des Harnstrahls änderte. Er wurde kirschgroß auf der Höhe der Harnleiteraktion und verschwand im Intervall. Diese Beobachtung erscheint Ottow bedeutsam für das Verständnis der bekanntlich großen Variabilität in Umfang und Aussehen solcher Ureterocelen. *Holzbach* (Tübingen).

Ransohoff, J. Louis, Passage of ureteral stones after intraureteral manipulations. (Abgang von Uretersteinen nach intra-ureteralen Eingriffen.) Lancet-clin. Bd. **109,** Nr. 20, S. 534—537. 1913.

Ransohoff gibt zwei Fälle von Uretersteinen bekannt, in denen es gelang, durch Vorschieben der Katheterspitze von verschiedenen Richtungen aus, den Stein, der aus dem Ureter etwas herausragte, zu dislozieren, so daß er am nächsten Tage spontan ausgestoßen wurde; im zweiten Falle, in dem durch Röntgenschatten zu verschiedenen Zeiten der Stein nachgewiesen war, diesen durch in längeren Abständen verabfolgte Injektion von je 10 ccm sterilem Öl zum Verschwinden zu bringen. Es erfolgte nach diesen Manipulationen Abgang von Blut und Öl, der Stein selbst ist wahrscheinlich ohne Kenntnis des Kranken abgegangen, jedenfalls ist er nicht gefunden, wohl aber verschwand der Schatten. Bei der Schwierigkeit intraureteraler operativer Eingriffe zur Entfernung der Steine ist jedenfalls vorher der konservative Versuch zu raten. *Penkert* (Halle a. S.).

Hess, Otto, Experimentelle Untersuchungen über die Bacterium-coli-Infektion der Harnorgane. (*Med. Univ.-Klin., Göttingen.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **26,** H. 1, S. 135—175. 1913.

Hess stellte an Kaninchen Versuche über die Koliinfektion der Harnwege an. Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, daß den Tieren Bouillonkulturen von normal virulenten Kolonbacillen in die gesunde Harnblase injiziert wurden. In einigen Fällen wurde die Blasenschleimhaut durch vorherige Instillation von Terpentinöl künstlich gereizt. Während im ersten Fall sich eine mehr oder weniger starke, bald abklingende Reizung bzw. Entzündung der Blasenschleimhaut einstellte, kam es im zweiten Fall regelmäßig zu einer schweren Cystitis mit stark eiterhaltigem Urin. Bei Injektion von Kolonbakterien in das Nierenbecken bei ungehindertem Urinabfluß wurde nur eine längere Zeit bestehende Bakteriurie mit einigen Leukocyten festgestellt; Veränderungen im Nierenbecken und im Kanalsystem fehlten jedoch stets. Wurde dagegen der eine Ureter für einige Zeit künstlich verengt, so traten regelmäßig bei längerer Stauung (bis 68 Stunden) schwere Zerstörungen, hauptsächlich im Bereich des Nierenbeckens und im obersten Teil des Ureters auf. Die Infektion war stets eine ascendierende, und zwar erfolgte sie auf zweifachem Wege: durch das Kanalsystem und die Lymphbahnen der Niere. Bei Injektion von Kolonkulturen in die Ohrvene und gleichzeitiger künstlicher Verengerung des einen Ureters zeigten sich bei längerer Infektion ähnliche Bilder wie bei ascendierender Infektion; die schwersten Veränderungen waren auch hier stets im Nierenbecken gelegen. Die nicht gestaute Niere ließ nur selten Veränderungen erkennen. Zwecks Prüfung der Durchgängigkeit des Darmes für Bakterien wurde bei den Versuchstieren eine künstliche Verengerung des inneren Ureters hergestellt und dann längere Zeit Opium verabfolgt. Eine Infektion der Niere wurde jedoch nicht beobachtet. Die Abimpfung aus Blase und Nierenbecken blieb negativ. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt H. zu folgendem Resultat: Das Bacterium coli ist bei dem Kaninchen als ein pathogener Mikroorganismus anzusehen, der im Harnapparat tiefgehende Veränderungen hervorrufen kann und auf die Konkrementbildung anregend wirkt. Von großer Bedeutung ist die Stauung, die ebenso wie geringe Veränderungen am Harnapparat die Koliinfektion begünstigt und den Grad der Infektion erhöht. Die Infektion erfolgt ascendierend. Die descendierende Infektion ist wohl möglich; eine hämatogene oder lymphogene Infektion vom Darm aus ist jedoch nur als Hypothese anzusehen, solange nicht einwandfrei beim Menschen die Durchgängigkeit der Darmwand für Bakterien unter normalen Verhältnissen oder bei den in Betracht kommenden „Darmstörungen“ erwiesen ist. Das vorzugsweise Auftreten der Koliinfektion bei Frauen

ist durch die lokalen Verhältnisse (Kürze der Urethra) bedingt, die das Ascendieren der Keime wesentlich erleichtern; begünstigend treten außerdem noch eine Reihe von Gelegenheitsursachen wie Gonorrhöe, Auflockerung der Schleimhaut bei den Menses und während der Gravidität hinzu. Das überwiegende Befallensein der rechten Niere erklärt sich aus der anatomischen Lage des Organs, da bekanntermaßen die rechte Niere bei Frauen sehr häufig einen abnormen Tiefstand in Verbindung mit einer allgemeinen Enteroptose zeigt. Als Folge davon entwickeln sich häufig zeitweise oder länger anhaltende Knickungen des Urethers, die den normalen Urinabfluß behindern und hiermit der Entwicklung einer Infektion Vorschub leisten. *Münnich* (Erfurt).CH

Ferron, Jean, A propos de l'injection de gaz dans la vessie. (Zur Technik der Luftfüllung der Harnblase.) Journal d'urol. Bd. **3**, Nr. 4, S. 491—492. 1913.

Zur Vermeidung von Luftembolie sowie von Blasenzerreißung läßt Ferron die Luftfüllung erst nach suprapubischer Freilegung der Blase vornehmen. Als zweckmäßig erweist sich zur Luftinjektion eine Gummibirne mit Doppelventil, deren eines Ende mit dem Katheter in Verbindung steht, auf deren anderem ein mit Sauerstoff gefüllter Ballon aufgesetzt ist. Der Sauerstoffballon kann auch unmittelbar am Katheter befestigt werden. *Frangenheim.*CH

Howard, H. Welland, Urethral and vesicle irrigation. (Spülungen der Blase und Harnröhre). Northwest med. Bd. **5**, Nr. 3, S. 77—78. 1913.

Verf. gibt die ausführliche Beschreibung eines von ihm konstruierten Apparates zur Spülung der Blase und Harnröhre. Die Anwendung ist aus der beigegebenen Abbildung ersichtlich. *Engelhorn* (Erlangen).

Marchetti, O., La colpocistotomia. (Kolpocystotomie.) (*Arcisped. di S. Maria Nova, Firenze.*) Rif. med. Jg. **29**, Nr. 21, S. 573—575. 1913.

Bei 58jähriger Frau mit Cystitis, infolge von Blasensteinen, machte Verf. die Colpocystotomie, um eine Sepsis bei Eröffnung des Peritoneums, was bei Sectio alta möglich war, zu vermeiden. Die Konkremente wurden durch die Öffnung zwischen Hals und Trigonum entfernt, die Wunde wieder geschlossen und Nelaton eingelegt für 5 Tage. Während 14 Tagen wurde die Blase gespült, die Wunde heilte glatt. Die Cystitis wurde gebessert. *Berberich.*

Lenormant, Ch., L'exploration endoscopique de la vessie et des uretères dans le cancer utérin. (Die endoskopische Untersuchung der Blase und der Ureteren beim Uteruskrebs.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 43, S. 427—429. 1913.

Lenormant schildert die Ergebnisse der cystoskopischen Untersuchung beim Carcinoma colli uteri, nach den Beobachtungen anderer Autoren. Er bespricht die Vorwölbung des Blasenbodens, die Deviation des Trigonum (wo Cruet die Ansicht Zangemeisters durch die Operation bestätigt fand, daß es sich nicht um eine einseitige Vorwölbung, sondern um eine Retraktion der Uretermündung handele), die Faltenbildung der Schleimhaut, die Formen des Ödems und schließlich den Einbruch des Krebses in die Blase. Die Untersuchung der Ureteren gestattet Rückschlüsse auf ihre festere Einbettung in krebsiges Gewebe, wenn Veränderungen in der Ejakulation der einen Seite bestehen, oder wenn die Sondierung 1—6 cm hinter dem Orificium eine Stenose erkennen läßt und eine Stauung im Nierenbecken nachweist. Auch die Funktionsprüfung jeder einzelnen Niere sei besonders in den Fällen, wo die Parametrien bereits infiltriert sind, von besonderem Werte. In einer kurzen Wiedergabe des zahlenmäßigen Materials der einzelnen, namentlich auch der deutschen Untersucher weist er die Wichtigkeit der cystoskopischen Untersuchung beim Uteruskrebs nach. Seine Meinung geht dahin, daß die cystoskopische Untersuchung der Harnwege beim Uteruscarcinom die Indikationen und Gegenindikationen schärfer stellen, die anatomisch-klinische Diagnose vervollkommnen und besonders in zweifelhaften Fällen die Grenzen der Operabilität feststellen hilft und so die Operationsresultate zu verbessern vermag. *Colmers* (Koburg).

Mamma:

Pfahler, George E., Inoperable primary carcinoma of the breast. Some good results in treatment by means of the Röntgen rays. (Inoperables primäres Carcinom der Brust. Einige gute Erfolge in der Behandlung mit Röntgenstrahlen.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 17, S. 853—857. 1913.

Verf. hat eine große Anzahl von Brustcarcinomen, die teils wegen ihrer Ausdehnung und Metastasenbildung, teils wegen komplizierender innerer Erkrankungen — Myokarditis, Aneurysma des Aortenbogens — inoperabel erschienen, mit Röntgenstrahlen behandelt. Der Erfolg war durchweg ein guter. In einigen Fällen wurde bald nach Fortlassen der Behandlung eine Probeexcision aus dem infolge der Behandlung narbig veränderten Gewebe mikroskopisch untersucht und kein Carcinomgewebe mehr gefunden. Die Patienten starben später trotzdem

alle an Metastasenbildung. Immerhin ist durch die Behandlung ein Freibleiben von krankhaften Symptomen bis zu 8 Jahren beobachtet worden. Besonderes Interesse verdienen die Fälle, in denen ein Carcinom beider Brüste bestand. Nach Amputation der einen Mamma wuchs der Tumor in der anderen unverhältnismäßig schnell. Auch solche Fälle wurden durch die Röntgenstrahlen im Sinne einer Heilung beeinflußt. Wenn die Tumoren auch nicht ganz verschwanden, so trat doch regelmäßig eine Verkleinerung des Primärtumors und der metastatisch vergrößerten Drüsen ein. Eine absolte Heilung durch die Behandlung mit Röntgenstrahlen kennt Verf. nicht. Zur Technik ist zu bemerken: Große Dosen von Strahlen sind wirksamer als kleine Dosen. Die Behandlung ist anfangs täglich zu wiederholen. Sie dauert mehr ere Monate bis über ein Jahr. Die Entfernung des Krankheitsherdes von der Elektrode soll praeter propter 12 Zoll betragen. Die gesunde Haut ist in entsprechender Weise zu schützen. *Carl.*CH

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Schottlaender, J., Nochmals: Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde, eine Antwort auf den gleichnamigen Artikel von Peters. (Zentralblatt für Gynaekologie Jg. 37, Nr. 11.) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 22, S. 806—809. 1913.

Der Autor hebt zunächst hervor, daß in der Literatur und speziell in den Petersschen Publikationen keine genauere Darstellung der histologischen Placentarbefunde in den verschiedenen Altersstadien gegeben ist, und betont, daß er seine Behauptungen nur über die Möglichkeit einer Altersbestimmung im allgemeinen, aber nicht über die forensische Verwertbarkeit aufgestellt hat. Er vermißt bei Peters Mitteilungen über verschiedene Färbbarkeit der Blutzellen und bleibt dabei, daß man auf Grund seiner Erfahrungen „mit einem großen Maß von Sicherheit" zwischen dem 1.—2., dem 3., 4., 5. und 6. Monat und mit Wahrscheinlichkeit zwischen 6. und 10. Monat die Differentialdiagnose zu stellen imstande ist. Daß die histologischen Befunde aber auch in der gerichtlichen Medizin eine bedeutende Rolle ev. spielen können, wird an 2 Beispielen erörtert. *Jonas* (Greifswald).

Schwarz, Henry, The practial application of Abderhalden's biological test of pregnancy. (Die praktische Anwendung der Abderhaldenschen Serodiagnose der Schwangerschaft.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 5, S. 393 bis 397. 1913.

Im Anschluß an einen praktischen Fall, in dem die Abderhaldensche Serodiagnose die vermutete aber geleugnete Schwangerschaft bestätigte, teilt Schwarz einige technische Einzelheiten betreffs der Serodiagnose mit. Das Placentaralbumin wird nur von ganz frischen Placenten direkt nach der Geburt gewonnen. Die Placenta wird von Blut befreit durch Auspumpen durch die Venen, hierauf wird die Placenta in der bekannten Weise (s. dieses Zentralbl. Bd. **1**, S. 483) behandelt und das gewonnene Albumin in Chloroform-Wasser unter Toluol im Eisschrank aufbewahrt. Zu jedem Versuch wird der Inhalt einer kleinen Flasche gebraucht, in denen es im Eisschrank aufbewahrt wird, nachdem er von Chloroform und Toluol vollständig befreit ist. Hierauf wird der Inhalt mit der 5fachen Menge Wassers 5 Minuten lang gekocht und dann filtriert. 5 ccm des Filtrates werden dann mit 1 ccm einer 1 proz. wässerigen Ninhydrinlösung gemischt und genau 1 Minute gekocht. Bleibt bei der Abkühlung die Lösung klar, so kann das Albumin gebraucht werden, anderenfalls nicht. *Wiemer* (Herne).

Schiff, Erwin, Ist das Dialysierverfahren Abderhaldens differential-diagnostisch verwertbar? (*Physiol. Inst., Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 22, S. 1197—1198. 1913.

Schiff konnte in 49 Untersuchungen durchaus den diagnostischen Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahren bestätigen. In 30 Fällen von frühzeitiger und vorgeschrittener Schwangerschaft ergab sich stets positives Reaktionsresultat, beim Fehlen von Schwangerschaft negatives Resultat. Die klinische Diagnose war dem Verf. bei Anstellung der Diagnose unbekannt, stimmte stets mit dem serologischen Befunde. In 12 Fällen ergab sich bei Zusammenbringung von Carcinomgewebe und Schwangerenserum negative Reaktion. *Bienenfeld* (Wien).

King, Victor L., Über trockenes Placentapulver und seine Anwendung bei dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren bezüglich der Diagnose der Schwangerschaft. (*Untersuchungslaborat. Parke, Davis & Co., Detroit, U. S. A.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 22, S. 1198. 1913.

King hat ein trockenes Placentarpulver für die Abderhaldensche Reaktion hergestellt.

Nachdem die Placentarstücke durch wiederholtes Auskochen vollkommen frei von Stoffen sind, die mit Triketohydrindenhydrat reagieren, wird das koagulierte Produkt mit Toluol in einer Farbenmühle zerrieben, hierauf mit Aceton versetzt, dieser dann dekantiert. Nachdem dies wiederholt vorgenommen ist, wird das jetzt grauweis aussehende Pulver abgesaugt und unter Toluoldämpfen im Vakuum getrocknet. Wichtig ist sauberes und antiseptisches Arbeiten.

Aus 350 g Placenta erhält man so 60 g Trockenpräparat. Zu einem Versuch braucht man 0,2 g des Pulvers = 1 g des feuchten Produktes. Einwandfreie Resultate.

Bondy (Breslau).

Engelhorn, Ernst, Über die Beeinflussung des Hämoglobinkatalysators in der Schwangerschaft. (Weichardtsche Reaktion.) (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 22, S. 1195—1197. 1913.

Verf. hat nach Weichhardts Methode an 108 Fällen festzustellen versucht, wie der Blutkatalysator von Schwangeren im Vergleich zu dem Nichtschwangerer beschaffen ist. Nach Ausschaltung von 12 Fällen (Titrationszahl innerhalb der Fehlergrenze von 0,08) war mit Ausnahme von 4 Fällen (darunter 3 Carcinome) die Titrationszahl bei den Schwangeren größer als bei den Nichtschwangeren. Besonderes Interesse bietet eine Eklampsie. Zu Beginn derselben war gegenüber einer Nichtgraviden beträchtliche Erhöhung des Titers (305 : 205) zu konstatieren. Ob bei schweren Eklampsien Katalysatorenlähmung zu finden sein wird, bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten. Der Organismus der normalen Schwangeren scheint also gewöhnlich mit einer Steigerung der Katalysatorentätigkeit des Hämoglobins zu reagieren. *Graeupner* (Bromberg).

Hotaling, A. S., The ammonia coefficient in pregnancy with a report of sixty cases. (Der Ammoniakkoeffizient in der Gravidität mit einem Bericht über 60 Fälle.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet., Toledo, Ohio, 17.—91. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 5, S. 925—931. 1913.

Der Ammoniakstickstoff des Urins ist bei Graviden mit toxischen Symptomen relativ vermehrt; die Menge desselben gibt einen Hinweis auf die Schwere der Toxämie; diese Vermehrung kann sich vor dem Auftreten klinischer Symptome einstellen. Der Gehalt an Ammoniak ist von großem Werte zur Differentialdiagnose zwischen nephritischer Toxämie, Präeklampsie und Eklampsie; in ersterem Falle ist der Gehalt des Urins an Ammoniakstickstoff viel geringer; ein dauernder Gehalt von über 10% des gesamten Stickstoffes deutet auf eine echte Toxämie hin. Eine Ausnahme bildet möglicherweise die Acidose infolge Hyperemesis, bei welcher der vermehrte Ammoniak durch Zufuhr von Soda in der Regel prompt verringert wird. Zur Diagnose ist der Ammoniakkoeffizient allein nicht verläßlich, alle übrigen Symptome müssen mit in Betracht gezogen werden. *Hall* (Graz).

Cunningham, J. C., Significance of urinalysis in pregnancy. (Bedeutung der Urinanalyse in der Schwangerschaft.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **9,** Nr. 12, S. 286—288. 1913.

Unter Eingehen auf die anatomischen Veränderungen der Leber, Nieren und der Milz in der Schwangerschaft zeigt Verf., wie durch die Analyse des Harns Fälle von unstillbarem Erbrechen geschieden werden können in solche, die lediglich als Reflexneurosen aufzufassen sind und solche, die wahre Toxämien darstellen, und wie durch sie auch präeklamptische und eklamptische Zustände geschieden werden in solche, die durch eine Toxämie und solche, die durch eine Nephritis bedingt sind. Bei der Urinuntersuchung muß mehr als bisher die Bestimmung des Gesamtstickstoffs, des Harnstoffstickstoffs und des Ammoniakstickstoffs gefordert werden; Anwachsen der betreffenden Mengen über 75% bzw. 5% sind alarmierend. *Kneise* (Halle a. S.).

Aschner, Bernhard, Über brunstartige Erscheinungen (Hyperämie und Hämorrhagie am weiblichen Genitale) nach subcutaner Injektion von Ovarial- oder Placentarextrakt. Arch. f. Gynaekol. Bd. 99, H. 3, S. 534—540. 1913.

Verf. hat den gelegentlich seiner Untersuchungen über experimentelle Auslösung von Milchsekretion durch subcutane Injektion von Ovar- und Placentarextrakten gleichzeitig beobachteten hyperämisierenden Einfluß dieser Organextrakte auf das Genitale experimentell genauer verfolgt. Es gelang ihm, bei diesbezüglichen Versuchen an virginellen Meerschweinchen nicht nur Hyperämie, sondern sogar Hämorrhagie in der Gebärmutterschleimhaut bis zur Hämatometrabildung hervorzurufen. Dabei zeigten die Ovarien der mit Placenta behandelten Versuchstiere eine auffallend reichliche Zahl von reifenden Follikeln, welche Erscheinung Verf. auf die Wirkung der Hyperämie in den Ovarien zurückführt. Die stärkere Wirksamkeit der Placentaextrakte legt den Gedanken nahe, an Stelle der Ovarienpräparate mit jenen einen therapeutischen Versuch bei Amenorrhöe, Sterilität und klimakterischen Beschwerden zu machen. *Harf* (Berlin).

Boissard, Al., Mort du foetus et foetus macérés. (Tod des Foetus und macerierte Foeten.) (*Maternité de l'hôp. Lariboisière.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 2, Nr. 5, S. 455—461. 1913.

Im Gebärhaus des Krankenhauses Lariboisière beobachtete man im Jahre 1912 391 Fehlgeburten, darunter waren 49 Abortus provocati nach Angaben der Kranken selbst (auf diese letzten Fälle 7 Todesfälle). Dazu kamen im Jahre 1912 108 tote und macerierte Föten (hierunter 32 Fälle von unzweifelhafter Syphilis). Eine große Placenta mit kleinem macerierten Foetus bedeutet väterliche Syphilis; die Placenta ist um so größer, je älter die nicht behandelte Syphilis ist. Die Retention einer toten Frucht kann durch Intoxikation und durch Infektion bei geborstener Fruchtblase gefährlich werden. Bei Tod der Frucht in der Schwangerschaft leitet Verf. prinzipiell die Ausstoßung der Frucht durch Einlegen eines Ballons ein. In 10 Fällen von Ausstoßung der toten Frucht nach Einlegen desselben war das Wochenbett jedesmal normal. Es war 19 mal pathologisch unter 98 Fällen von spontaner Ausstoßung. Für die Bestimmung betreffend den Tod des Foetus sind die Wahrnehmungen der Mutter von geringem Wert. Wichtiger ist das Verschwinden einer Albuminurie, von Varicen, Ödemen, die Veränderungen von Konsistenz und Form des Uterus. Alter der Schwangerschaft und Tod des Foetus läßt sich in zweifelhaften Fällen erst nach mehreren Untersuchungen diagnostizieren. Solange Zweifel bestehen, wird gewartet. Vor dem 5. Monat ist die Diagnose oft schwierig, danach leichter. Der Uterus ist abgeplattet und besonders weich. Bisweilen nimmt man beim Palpieren oder Touchieren eine „Crépitation osseuse" des Kindesschädels wahr. Unter 108 Fällen gelang dies 7 mal. Das Zeichen besteht nur kurze Zeit, zwischen dem 15. und 20. Tage nach dem Tode der Frucht. *Daels* (Gent).

Burnett, E. Napier, Bacterial infection of foetal membranes. (Bakterielle Infektion der fötalen Membranen). (Roy. soc. of med., sect. of obstetr. a. gynaecol. 1. V. 1913.) Lancet Bd. 184, Nr. 21, S. 1453—1454. 1913.

38 jähr. Primigravida abortiert spontan in der 23. Woche; vorher 16 Tage hindurch intermittierender Abgang einer wässrigen Flüssigkeit. Auf den Membranen gegenüber der Placentarstelle ist eine verdickte gelbliche handtellergroße Stelle. Das sonst normale Puerperium durch Appendicitis kompliziert; 4 Wochen später Appendektomie. Mikroskopische Untersuchung: die Verdickung betrifft hauptsächlich das Chorion, weniger das Amnion; sie zeigt eine Leukocyteninfiltration und nekrotische Partien mit isolierten miliaren Abscessen, in welchen zahlreiche Bakterien vorhanden sind, deren Identifikation durch Kulturen wegen Härtung des Präparates unausführbar ist. *Hall* (Graz).

Kohlmann, Wm., Insterstitial pregnancy. (Interstitielle Schwangerschaft.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. 65, Nr. 8, S. 588—592. 1913.

Verf. betont die Seltenheit der interstitiellen Schwangerschaft und die Schwierigkeit der Differentialdiagnose. Von den verschiedenen Formen, die früher angenommen wurden, erkennt er nur die intramurale an, in Übereinstimmung mit Werth. 3 Fälle von uteriner Gra-

vidität (1 mal mit Myom), mit seitlicher Ausladung des Uterus, bei denen zuerst an Extrauteringravidität gedacht wurde, als Beleg für die Schwierigkeiten der Diagnose. 1 Fall von interstitieller Gravidität, der gleichfalls große diagnostische Schwierigkeiten machte. Pat. kam nach einiger Beobachtung bei stürmischem Verlauf im Collaps pulslos zur Operation; Abdomen voll Blut, 2 Zoll langer Riß an der rechten Uterusseite. Supravaginale Amputation. Beträchtliche Verdickung des Uterus im Bereich der Eihöhle, Gravid. mens. III, Lig. latum lateral von der Eihöhle, rechte Tube höher inseriert als die linke. Als Behandlung ist am empfehlenswertesten Keil-Excision und Naht. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Füth, H., Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubarschwangerschaft und bei frühem uterinen Abort. Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 21, S. 821—823. 1913.

5 Fälle von Fehldiagnose bei Tubarschwangerschaft, in denen unter Annahme uterinen Abortes von Ärzten curettiert wurde. Dies führte in allen Fällen zu Blutungen in die Bauchhöhle — einmal allerdings erst nach 5 Wochen — und überdies 2 mal zur Infektion der Hämatocele. Zur Diagnose der Tubarschwangerschaft legt Werth große Bedeutung der Anamnese bei, da der objektive Befund oftmals schwer festzustellen ist. Junge Tubarschwangerschaft kann durch andere Veränderungen der Adnexe (Salpingitis nodosa, Hydrosalpinx, Tuboovarialcyste) ebensogut vorgetäuscht wie verdeckt werden. Doppelseitige Tumoren sprechen gegen Extrauterinschwangerschaft. Bei frischer Pyosalpinx kann die Menstruation ausbleiben und eine länger dauernde Blutung einsetzen. Charakteristisch für Tubarschwangerschaft ist der Schmerz in einer Beckenseite und die Dauerblutung, wenn dieselbe im Menstruationsintervall einsetzt. In all diesen Fällen heißt es: Keine Curette! Denn die Curettage ist hier ein höchst gefährliches Unternehmen. Ein weiteres Hilfsmittel für die Diagnose im 2. Monat ist nach Winter die Sondierung. Fühlt man mit der Sonde Rauhigkeit und entsteht dabei ein stärkerer Blutabgang, so kann man auch bei nicht vergrößertem Uterus Abort annehmen. Die Sondierung muß aseptisch und sehr vorsichtig gemacht werden. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Herrgott, A., Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. (Unstillbares Erbrechen und Retroversio uteri gravidi.) Journal des sages-femmes Jg. **41,** Nr. 10, S. 265—267. 1913.

Heilung durch Reposition in der 9. Schwangerschaftswoche. Einige Literaturangaben. *Daels* (Gent).

Goslar, Anna, Das Verhalten der lymphocytären Zellen in den Gaumenmandeln vor und nach der Geburt. (*Städt. Krankenanst., Dortmund.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **56,** H. 2, S. 405—416. 1913.

Histologische Untersuchung von 34 Tonsillen — von totgeborenen Foeten, Neugeborenen, Kindern und Erwachsenen stammend — ergab, daß Lymphknötchen mit Keimzentrum vor der Geburt in den Gaumenmandeln nicht vorhanden sind, sondern erst relativ spät im extrauterinen Leben auftreten. Verf. tritt der von Stoehr, Schridde u. a. vertretenen Ansicht von der massenhaften, straßenförmigen Durchwanderung der Lymphocyten durch das Epithel entgegen, betrachtet diese Erscheinung vielmehr als Wachstumsvorgang des lymphoiden Gewebes, als ein Einpressen des lymphoiden Gewebes in das Epithel, als einen „Grenzkrampf" der beiden Gewebsarten. Zwar sind Lymphocyten schon im Epithel der foetalen Tonsille festzustellen, die Auswanderung derselben in die Lakunen aber ist erst ein Produkt des extrauterinen Lebens. Ob es sich hier analog der Lymphocytenauswanderung in Eileiter und Uterus um einen physiologischen Vorgang handelt oder um eine Reaktion auf pathologische Einflüsse (Nahrung, Bakterien), bleibt dahingestellt. Plasmazellen kommen nur im extrauterinen Leben vor und sind stets Ausdruck pathologischer Vorgänge. *Rolf Lutz* (München).

Ballerini, G., Morbo di Quincke e gravidanza. (Die Quinckesche Krankheit in der Schwangerschaft.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Parma.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35,** Nr. 3, S. 266—280. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1,** S. 694.

Baldassari, V. D., Di un caso di emiparesi ripetuta in gravidanza. (Über einen Fall von wiederholter Hemiparese während der Schwangerschaft.) Lucina Jg. **18,** Nr. 3, S. 36—45. 1913.

Die ersten Anzeichen der Hemiparese und Aphasie traten nach dem 1. Abort auf, als die Pat. auf dem Felde arbeitete, die Erscheinungen wurden zur Zeit auf Insolation zurückgeführt.

Das zweite Mal traten bei einem Partus Krämpfe auf, die eklamptischen ähnelten. Acht Tage später stellten sich eine rechtsseitige Hemiparese und Sprachstörungen ein. Die folgende Geburt verlief ohne besondere Störung, abgesehen von einer Nephritis (1,1‰ Alb.). Zum dritten Male zeigte sich die Lähmung in den ersten Tagen des 8. Monats der IX. Gravidität. Betreffs der Ätiologie hält Baldassari Lues nicht für ausgeschlossen, zumal auf 5 normale Geburten 2 Aborte erfolgten; andererseits könnten Embolien die Ursache für die Lähmungserscheinungen abgegeben haben. Am meisten kommt nach Ansicht des Verf. Eklampsie in Frage, zumal bei der 8. Geburt sich im Urin Albumen vorfand. *Wiemer* (Herne).

Slemons, J. Morris, Is albuminuria likely to recur in successive pregnancies? (Rezidiviert Albuminurie leicht bei nachfolgenden Schwangerschaften?) (Soc. of the alumni of the Sloane hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 849—860 u. 1001—1004. 1913.

Nach Slemons Beobachtungen rezidivierten von 6 Fällen von Albuminurie nur einer bei einer weiteren Schwangerschaft. Stützen sich die Untersuchungen jedoch nur auf das Material eines Krankenhauses, so erlebt man ca. 21% Rezidive. Betreffs der Prognose legt Verf. großen Wert auf den Blutdruck, da man annehmen könne, das Pat., die in der Rekonvaleszenz noch ständig erhöhten Blutdruck zeigten, eine meist dauernde Schädigung der Nieren davongetragen hätten. Solche Frauen neigten auch meist leichter zu Rezidiven. *Wiemer* (Herne).

Geburt:

Cerrano, E., L'estratto ipofisario nell'esercizio ostetrico del medico pratico. (Das Hypophysenextrakt in der geburtshilflichen Praxis des praktischen Arztes.) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 62, S. 648—650. 1913.

Extrakte der Hypophysis cerebri sind in der geburtshilflichen Praxis des Arztes brauchbare, wehenerregende Mittel, welche aber nach den Erfahrungen des Autors nur bei vollem, durch Inhalt gespannten Uterus ihre Wirkung entfalten. Somit wären Hypophysenpräparate als wehenerregende Medikamente bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode anzuwenden, wo Mutterkornpräparate nicht angezeigt sind. Bei leerem Uterus sollen Hypophysenpräparate nur wenig und langsam wirken, während Ergotin subcutan verabreicht und ganz besonders frisch bereitetes Mutterkornpulver per os einverleibt einen rascheren und sicheren Erfolg versprechen (atonische postpartum Blutungen). *Gattorno* (Triest).

Metzger, De l'utilisation des extraits hypophysaires en obstétrique et en gynécologie. (Über die Verwendung der Hypophysenextrakte in Geburtshilfe und Gynaekologie.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. **5**, S. 481—499. 1913.

Ausführliches Sammelreferat. *Happich* (St. Blasien).

Deutsch, Alfred, Pituitrin als Wehenmittel. (*Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenh., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 22, S. 1367—1369. 1913.

Mitteilung über Erfahrungen mit Pituitrin unter der Geburt: Applikation subcutan, Dosierung 0,6—1 g pro Injektion, eventuell Wiederholung der Injektionen bis zu 3mal in einstündigen Intervallen. Der Erfolg ist am günstigsten bei sekundärer Wehenschwäche in der Austreibungsperiode, doch kommen auch hier vereinzelte Versager vor, für die eine Erklärung nicht gegeben werden kann. In der Eröffnungs- und Nachgeburtsperiode war der Erfolg noch viel weniger sicher als in der Austreibungsperiode. Schädigungen von Mutter und Kind wurden nie beobachtet. Verf. empfiehlt demnach das Medikament für alle Fälle von sekundärer Wehenschwäche. *Eisenbach.*

Frank, Seltenheiten aus der Praxis. Hämangiom des Armes als Geburtshindernis. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1149—1150. 1913.

Stillstand der Geburt trotz guter Wehen. Innere Untersuchung ergibt Gesichtslage. Zange. Leichte Entwicklung des Kopfes. Die Schultern folgen nicht. Nach Absterben des Kindes forcierte Extraktionsversuche, wobei der kindliche Kopf abreißt. Jetzt Wendung in tiefer Narkose, die unschwer gelingt. Auch die Extraktion der gewendeten Frucht macht keine Schwierigkeiten. Nun zeigt sich, daß die Weichteile des linken Ober- und Unterarmes durch ein riesiges Hämangiom von der Größe des kindlichen Rumpfes gebildet sind, dessen mikroskopische Untersuchung aber nicht vorgenommen werden konnte. *Jaeger* (Leipzig).

Colie, E. M., Spontaneous rupture of the uterus. (Spontane Uterusruptur.) (Soc. of the alumni of the Sloane hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 5, S. 989—990. 1913.

34jährige, VII. gravida; frühere Geburten verliefen glatt; Becken nicht verengt. Nach völliger Erweiterung des Muttermundes, noch vor dem Blasensprunge, bei mäßig starken, regelmäßigen Wehen kam es zur Uterusruptur. Wendung und Extraktion an der moribunden Frau; das Kind war nicht übermäßig groß. Colie weiß eine Ursache für die Ruptur nicht anzugeben (keine Obduktion). — In der Diskussion erwähnt G. L. Brodhead zwei ähnliche, von ihm mitgeteilte Fälle von spontaner Uterusruptur, deren einer ad exitum kam, während in dem anderen nach Extraktion des Kindes und Uterusnaht Heilung eintrat. *Schmid* (Prag).

Andrews, H. Russell, Unusual case of rupture of the uterus. (Ein seltener Fall von Uterusruptur). (Roy. soc. of med., sect. of obstetr. a. gynaecol. 1. V. 1913.) Lancet Bd. 184, Nr. 21, S. 1454. 1913.

III para, bei welcher 24 Stunden vor der Aufnahme ins Spital eine angeblich sehr schwierige Zangenextraktion vorgenommen worden war. Die Untersuchung in Narkose ergibt eine inkomplette Dammruptur, die Vagina vollständig von der Cervix getrennt mit Ausnahme von vorn und rechts in der Ausdehnung von etwa $7^1/_2$ cm, das untere Uterinsegment und die Cervix vom oberen Uterinsegment getrennt mit Ausnahme von rechts und vorn, und das untere Uterinsegment und die Cervix auf der linken Seite mit einem Riß von oben bis unten; im Peritoneum eine große Menge von Blut. Sofortige vaginale Hysterektomie; fieberhafte $4^1/_2$wöchentliche Rekonvaleszenz.

Wahrscheinliche Ursache der Verletzung die Anlegung der Zange mit einem Blatt außerhalb des Uterus und dadurch Abreißen von Cervix und unterem Uterinsegment durch rohe Gewalt. *Hall* (Graz).

Bierer, J., Credéscher Handgriff und Uterininversion. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 21, S. 1002—1003. 1913.

Verf. führt aus früherer Zeit einen Fall an, in dem durch die Hebamme angeblich wegen starker Blutung ein Credéscher Handgriff mit dem Erfolg der tötlichen Uterusinversion ausgeführt wurde, und warnt vor übereilter Anwendung des Credéschen Handgriffes. *Herzog.*

Reid, Wm., Eclampsia: its cause and treatment. (Eklampsie: ihre Ursache und Behandlung). Journal-Lancet Bd. 33, Nr. 10, S. 284—287. 1913.

2 Fälle, auf Grund deren eine neue Eklampsie-Theorie aufgebaut wird.

Fall I: Spontaner Partus, I p., 12 Stunden post partum Eklampsie mit rasch aufeinanderfolgenden Anfällen. Chloroform und Purgantien ohne Erfolg. Nach Venaesectio Aufhören der Krämpfe, dann noch einige leichte Anfälle und Heilung. Im weiteren Verlauf Thrombophlebitis crur. sin. Pat. hatte in der ganzen Schwangerschaft bei jedem Menstruationstermin Schmerzen im Abdomen und linken Bein, gerade wie bei den Menses selbst, und dann bei der Thrombophlebitis. Verf. bezieht dies auf partielle Stase in der linken Beckenhälfte und den Uterusvenen, die dann eine Disposition zur Thrombose abgab. — Fall II: V p., niemals Eklampsie intra oder post partum, aber seit 12 Jahren bei jeder Menstruation eklamptische Spasmen von kurzer Dauer, meist vor, oft auch nach Eintritt der Blutung. Kein Albumen. Auf Curettement Nachlaß für längere Zeit. Bei einem Abort mens. IV schwerer Anfall nach der Entleerung des Uterus.

Das beiden Fällen Gemeinsame ist die Stase und Verlangsamung des Blutstromes in den Uterusvenen. Diese disponiert zur Thrombose und Eklampsie. Als weitere Ursache der letzteren sieht Verf. venöse Stase in den Sinus an, die bewirkt ist durch Schwäche des rechten Herzens und abnorme anatomische Weite des Sinus. Behandlung: prophylaktisch bei Toxämie Milchdiät, Nervina, Purgantien, Tonica. Bei drohender Eklampsie Venaesectio von 300 ccm, bei ausgebrochener schonende Entbindung. Wenn diese nicht möglich oder erfolglos, ebenso post partum, Venaesectio von 600 bis 1000 ccm, mit oder ohne Kochsalzinfusion. Für besonders schwere Fälle, bei denen alle Maßnahmen, auch die Venaesectio, erfolglos sind, schlägt Verf. einen Aderlaß aus den Becken- oder Uterusvenen vor. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Schossberger, Alexander, Zwei Fälle von Eklampsie geheilt mit Hypophysenextrakt. (*Allg. Krankenh., Ujvidék.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 22, S. 1046 1913.

I. 42jähr. V para; normales Ende der Gravidität; kontinuierliche Anfälle; Muttermund geschlossen, 5% Albumen im Urin: Injektion von 1,1 Pituglandol — La Roche und 0,02 Pantopon; Anfälle sistieren nach $^1/_2$ Std., Bewußtsein kehrt nach 3 Stunden zurück, 2. Pituglandolinjektion, spontane Geburt 5 Std. nach 1. Einspritzung; völlige Genesung. — II. 23jähr. II para,

gravid. im 6. Monat. Bewußtlosigkeit, unaufhörliche Anfälle, Anurie. Injektion wie oben, 3/4 Std. später Aussetzen der Anfälle, Diurese nach 3 Std. 2. Einspritzung, Geburt nach 5 Std. Patientin gänzlich wiederhergestellt. *Happich* **(St. Blasien).**

Faugère, Phénomènes de shock consécutifs à l'accouchement. (Über Erscheinungen von Shock infolge der Entbindung). **Rev. prat.** d'obstétr. et de paediatr. Jg. **26,** Nr. 287, S. 105—126. 1913.

Die Erscheinungen von Shock, welche überraschend in der Zeit vor oder nach der Entbindung auftreten, stellen mitunter eine schwere Komplikation der Entbindung dar und spielen schon eine wichtige Rolle bei den Gebärmutterzerreißungen und den Nachgeburtsblutungen. Nach Beendigung der Entbindung können die Symptome des Shock-Zustandes unmittelbar eintreten, sei es, daß die Nachgeburt geboren oder noch in der Gebärmutterhöhle vorhanden ist. Allgemeine Symptome beherrschen die Szene. Die Kranke ist fahl, die Schleimhäute sind farblos; Pat. klagt über Unbehagen und ist beklommen. Der Puls wird immer frequenter, ist manchmal nicht tastbar und unzählbar. Dabei ist die Gebärmutter hart, gut zusammengezogen, meist ist keine Blutung vorhanden. Manchmal tritt wohl eine Blutung ein, die jedoch dem schweren Allgemeinzustande nicht entspricht. Dieser kann einige Augenblicke, aber auch 1 oder 2 Stunden dauern und dann ganz normal werden. Es können aber auch schwerere Erscheinungen auftreten, so daß an eine Uterusruptur gedacht und die entsprechende Behandlung eingeleitet wird. Beim Öffnen der Bauchhöhle findet man nichts. Keine Spur einer Ruptur. Diese Shockerscheinungen, diese Ohnmachtszustände erklären sich folgendermaßen: Es gibt zwei Arten dieser Zustände; die eine ist gekennzeichnet durch eine Hemmung oder eine Neigung zur Hemmung in der Diastole, die andere in der Systole. Die diastolische Art der Hemmung scheint individuell, bestimmt durch gewisse Krankheitszustände oder durch Gifte, wie Chloroform. Die systolische Art wird durch Bluterguß oder durch Lähmung eines Gefäßbezirkes hervorgerufen. Eine methodische Massage läßt diese Ohnmachtszustände verschwinden. Dieser Therapie steht eine andere gegenüber, welche die Erscheinungen durch die Raschheit der Entbindung erklären will. Eine dritte erklärt den Shock durch plötzliches Nachlassen des vom Uterus auf die Bauchorgane ausgeübten Druckes. Die Grundlage der Theorie bilden Injektionen von Oleum camphoratum und künstlichem Serum, weil die mitunter entstehende Fissur keine Komplikation schafft, die einen chirurgischenEingriff indiziert. *Pollak* (Prag).

Bogdanowitsch, Milos, Entbindung bei vollständiger Lähmung des Rumpfes. (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 22, S. 809—814. 1913.

Die 37jähr. XIII para leidet seit dem 3. Graviditätsmonat an einer rasch progredienten Myelitis, beginnend mit vollständiger Lähmung der oberen Gliedmaßen (beiderseits), selbe dehnt sich nach und nach auf den Rumpf und untere Extremitäten aus. In den letzten Tagen Incontinentia urinae. Der Prozeß ersteckte sich auf den ganzen Querschnitt des Rückenmarkes. Wegen des rettungslosen Zustandes der Mutter wird Kaiserschnitt festgesetzt. Unerwartet stellen sich Wehen ein, welche zufällig von der Pflegerin beobachtet werden; Pat. empfand keine Schmerzen. 3 Stunden nach konstatierten Wehen wurden bei Steißlage die Arme nach Müller, der Kopf nach Smellie - Veit eines lebenden, nicht reifen (44 cm, 2450 g) Knaben entwickelt; die Placenta nach 15 Minuten exprimiert. Bauchpresse war ganz ausgeschaltet wegen Lähmung der Bauchmuskeln. Am 3. Wochenbettstage Exitus letalis. Obduktion ergab: Fibroendothelioma spammosum durae matris spinalis ad regionem atlantis cum compressione et emollitione medullae spinalis ibidem.

Der beschriebene Fall liefert den Beweis, daß die motorischen Funktionen des Uterus vom Rückenmark unabhängig sind und daß dieselben von den peripheren Nervenzentren, welche in der Gebärmutter lokalisiert sind, ausgelöst werden. *Torggler* (Klagenfurt).

Pobedinsky, N., Die Erfolge des Kaiserschnitts in Rußland in den letzten 25 Jahren. (*Geburtshilfl. Klin., Univ. Moskau.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 21, S. 757—763. 1913.

Bis 1885 außer 3 Fällen alle Kaiserschnitte in Rußland tödlich geendet. Seitdem 446 Fälle auch aus relativen Indikationen. 1886—1890 42 Fälle zumeist wegen Beckenverengerung (10mal absolute), Mortalität 40% wegen schlechter Antisepsis und ungünstiger Verhältnisse.

1892—1894 10 Fälle, 1900 19 Fälle. 1891—1900 84 Fälle meist wegen engem Becken (24 mal absolut), Mortalität 6%. Besserung durch Asepsis. 1901—1912 320 Fälle, Hauptindikation wieder enges Becken, dann narbige Verengerungen der Scheide und Geschwülste. Neuerdings auch bei Eklampsie, Placenta praevia, Cervixverengerung, Querlage. Mortalität 7,5%, wenn Eklampsie, maligne Tumoren ausgeschlossen werden, nur 3,2%. Dabei oft ungünstige Verhältnisse (Untersuchungen schlechter Hebammen ohne Waschung, nach voraufgegangenen anderen Operationen, erhöhte Temperatur vor der Operation, frühzeitiger Blasensprung). Seit 1908 extraperitoneale Methoden, die jedoch enttäuschten und verlassen wurden. Schnitt durch Placenta gute Prognose, Hauptvorzug: Einfachheit der Technik, keine Gefahr der Blasenverletzung. Extraktion von toten Kindern 19 mal bei 320 Fällen, davon 12 mal aus absoluter Indikation. Zweimaliger Kaiserschnitt 32 mal mit 1 Exitus, dreimaliger 3 mal mit 1 Exitus. Zur Sterilisation nach Kaiserschnitt meist Tubenresektion (99 mal in 25 Jahren) bei absoluten Hindernissen, mehrfachem Kaiserschnitt, Tuberkulose, Osteomalacie. In geburtshilflicher Klinik der Moskauer Universität, die bei 1889 in altem Gebäude sich befand, Sectio caesarea an der Lebenden keinmal ausgeführt wegen Mangel an absolut verengten Becken, trauriger bisheriger Erfolge und sehr schlechter Einrichtungen. Von 1889—1909 23% enge Becken; anfangs meist künstliche Frühgeburten (mit nicht günstigen Resultaten für Kinder) und Kraniotomie. Erste Sectio caesarea mit gutem Erfolg 1895. Seitdem 31 Fälle meist wegen engen Beckens, gestorben 3, alle Kinder lebend. Außer der Klinik in Moskau 1886—1900 14 Kaiserschnitte. Seitdem deren Zahl gestiegen, 1901—1912 von 320 Operationen 144 mal. *Wetzel* (Berlin).

Wochenbett:

Langstein, L., F. Rott und F. Edelstein, Der Nährwert des Colostrums. Ein Beitrag zur Frage des Energiebedarfs des Säuglings in den ersten Lebenstagen. (*Kais. Auguste Viktoria-Haus, Charlottenburg.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 7, H. 3/4, S. 210—225. 1913.

Calorimetrische Untersuchungen des Frauenmilchcolostrums aus den ersten Tagen der Laktation ergaben, daß der Caloriengehalt sofort nach der Geburt häufig ein sehr hoher ist und den doppelten Wert der „Dauermilch" erreichen kann, und daß der Brennwert erst allmählich innerhalb von etwa 5 Tagen auf den normalen von 650—700 Cal. absinkt. Der hohe Energiewert der Colostralmilch ist vermutlich durch ihren hohen Eiweißgehalt bedingt. Allerdings schwankt der Brennwert in weiten Grenzen (500—1500 Cal.); er ist bei der gelben, dickflüssigen, zähen Milch ein hoher, bei der dünnen, wässerigen Frühmilch ein relativ niedriger. Durch die Untersuchungsergebnisse ist der Beweis erbracht, daß eine Berechnung der Energiebilanz für die ersten Lebenstage unter Zugrundelegung des Brennwertes der Frauenmilch von 650 bis 720 Cal. für einen großen Teil der Fälle sicher nicht angängig ist. Auch bei der Frage des „Energiebedarfs" für das neugeborene Kind müssen diese Verhältnisse berücksichtigt werden. *v. Reuss* (Wien).[K]

Bondy, Oskar, Neuere Ergebnisse der Puerperalfieberforschung. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 37, H. 6, S. 821—849. 1913.

Sammelreferat.

Marquié, Traitement de l'infection puerpérale généralisée à forme pyohémique par les injections sous-cutanées d'ergotine. (Die Behandlung der pyämischen Form der allgemeinen puerperalen Infektion mit subcutanen Ergotininjektionen.) Journal des sages-femmes Jg. 41, Nr. 11, S. 276—277. 1913.

Bei den schlechten Erfolgen der Therapie der puerperalen Pyämie hat Verf. in zwei Fällen subcutane Ergotininjektionen angewandt. Er ging dabei von der Anschauung von Duboné aus, welcher beim Typhus eine die Gefäßmuskulatur lähmende Wirkung der Krankheitserreger annahm und derselben durch Ergotininjektionen zu begegnen suchte. In seinen beiden Fällen trat Genesung ein, welche der Verf. auf Rechnung der Ergotininjektionen setzen zu müssen glaubt. *J. Voigt* (Göttingen).

Darnall, Wm. Edgar, The operative treatment of puerperal septicemia. (Die operative Behandlung der puerperalen Septicämie.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol. meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 5, S. 904—910. 1913.

Darnall verwirft größere Eingriffe bei Puerperalfieber. Die Venenunterbindung bei Thrombophlebitis liefere 43,9% Mortalität, andererseits kämen von den Nicht-

operierten 40% spontan zur Heilung. Bei Hysterektomie gar habe man eine Mortalität von 70% zu verzeichnen, so daß es richtiger sei, nicht zu operieren, da dann die Erkrankten bessere Aussicht hätten, mit dem Leben davonzukommen. *Wiemer.*

Uhlenhuth, P., und P. Mulzer, Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. (*Inst. f. Hyg. u. Bakteriol. u. Klin. f. syphilit. u. Hautkrankh., Univ. Straßburg i. E.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 19, S. 879—881. 1913.

Bisher war es noch niemals gelungen, in der Milch syphilitischer Frauen die Spirochaeta pallida nachzuweisen oder tierexperimentell den Nachweis der Infektiosität solcher Milch zu erbringen. Die Verff. konnten nun in 2 Fällen (unter 8 Fällen, die daraufhin untersucht wurden) durch Verimpfung von mikroskopisch spirochätenfreier Milch syphilitischer Wöchnerinnen Hodensyphilome bei Kaninchen erzeugen. In dem einen der beiden Fälle handelte es sich um die Milch der symptomenlosen Mutter eines manifest luetischen Kindes, deren Blut aber eine positive Wassermannsche Reaktion gab, in dem anderen Falle um die Milch einer frisch infizierten, allgemein syphilitischen Frau mit manifesten Symptomen. Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse ist der Schluß gestattet, daß die Milch syphilitischer Frauen unter Umständen infektiös sein kann. *Isaac* (Wiesbaden).[M]

Foetus und Neugeborenes:

Stoeltzner, Über Eiweißmilch-Ersatzpräparate. (*Univ.-Kinderklin., Halle a. S.*) Med. Klinik, Jg. **9**, Nr. 22, S. 868—869. 1913.

Von den Ersatzpräparaten der Finkelsteinschen Eiweißmilch sind das nach Heim und John, sowie das nach Engel bereitete demselben wohl gleichwertig, haben aber den Fehler, daß ihre Zubereitung im Haushalt beträchtliche Schwierigkeiten bietet. Sehr viel einfacher ist die Zubereitung der Larosan-Milch, deren Erfolge denjenigen der obenerwähnten Präparate mindestens gleich sind. Verf. bezeichnet als die Ursache für die Wirkung der Larosan-Milch die Anreicherung mit Casein und Calcium, die jedes für sich schon früher der Säuglingsnahrung zur Erhöhung ihrer Wirkung zugesetzt wurden in der Form des Plasmons und des Kalkwassers. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist, daß die Larosanmilch sich im Gebrauch am billigsten stellt, etwa 0,55 M. pro Liter, für den Gebrauch im Privathause berechnet. *J. Voigt.*

Lewin, Julius, Über primäre eitrige Speicheldrüsenentzündung des frühen Säuglingsalters. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61**, Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 462—467. 1913.

Fall von doppelseitiger Parotitis bei einem 14 Tage alten, etwas zu früh geborenen Brustkinde. Die zuerst befallene rechte Seite geht zurück; die linke, die 12 Tage später erkrankt, muß incidiert werden. Im Eiter Staphylokokken. Ausgang in Heilung.

Die einschlägige Kasuistik ist bisher noch spärlich. Als Ursache der Erkrankung erkennt Verf. zwei Möglichkeiten an, eine ascendierende Infektion vom Munde aus, die durch Störungen des Speichelflusses begünstigt wird, und eine hämatogene. *Holste.*

Harman, N. Bishop, The incidence of ophthalmia neonatorum in London. (Die Häufigkeit der Ophthalmia neonatorum in London). Brit. med. journal Nr. **2734**, S. 1099—1100. 1913.

Der offizielle Bericht für das Jahr 1911 über das Vorkommen von Ophthalmia neonatorum in der Grafschaft London (Anzeigepflicht besteht erst seit März 1911) gibt eine Zusammenstellung von 673 Fällen unter 100 830 Geburten (0,843%). Von 278 genau beobachteten Fällen aus der Hebammenpraxis, deren Mütter in 40% der Fälle an Fluor litten, behielten 13 eine dauernde Schädigung der Sehkraft zurück. In 22 Fällen wurde steriles Wasser zur Reinigung der Augen verwendet, in den anderen Borsäurelösung, Sublimat, Silbernitrat, Protargol oder Quecksilberbijodid zur prophylaktischen Desinfektion. Angesichts der Seltenheit einer dauernden Schädigung der Augen vertritt Verf. den Standpunkt, daß zu einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anwendung eines Augenantiseptikums bei allen Geburten keine Notwendigkeit vorliege, sondern nur, wenn eine Leukorrhöe der Mutter besteht. *Hall* (Graz).

Behring, E. v., Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. Anhang. (*Frauenklin. u. Inst. f. exp. Therap., Marburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 21, S. 980—982. 1913.

Es steht fest, daß Tiere derselben Art einem bestimmten Gift gegenüber eine

mathematisch-gleichmäßige Giftempfindlichkeit — Normalempfindlichkeit — aufweisen. So z. B. sind weiße Mäuse dem Tetanusgift gegenüber gleichmäßig empfindlich. Auch für den Menschen besteht nach Ansicht von Verf. eine solche Normalempfindlichkeit gegenüber gewissen Giften. Jede Abweichung von dieser Normalempfindlichkeit im Sinne der Über- oder Unterempfindlichkeit muß sich auf bestimmte Ursachen zurückführen und schließlich auch quantitativ voraussagen lassen. Diese Probleme, auf das Diphtheriegift angewendet, werden dann genauer erörtert und in ihren Einzelheiten besprochen. *Jaeger* (Leipzig).

Viereck, Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. 2. Technische und theoretische Bemerkungen zur Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels. (*Frauenklin. u. Inst. f. exp. Therap., Marburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 21, S. 978—980. 1913.

Da v. Behring denjenigen Krankenhausdirektoren, denen er sein Diphtherieschutzmittel zur weiteren Prüfung überläßt, die Untersuchung des Blutes der Impflinge vor und nach der immunisierenden Behandlung auf Antitoxingehalt zur Pflicht gemacht hat, so gibt Verf. genaue Anweisungen über eine Methode der antitoxischen Wertbestimmung des Blutes, die für den vorliegenden Zweck am leichtesten ausführbar ist. Auch ein einheitliches Schema für die Durchführung einer unzweideutigen Protokollierung der Behandlungsart und Beobachtungsergebnisse wird angeführt. Ferner berichtet Verf. über die Ergebnisse seiner gemeinsam mit Römer ausgeführten Immunisierungsversuche am Tier, auf Grund deren dann die ersten Versuche am Menschen in der Marburger Frauenklinik begonnen wurden. Technische Einzelheiten werden besprochen. *Jaeger* (Leipzig).

Zangemeister, W., Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. 1. Die Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik. (*Frauenklin. u. Inst. f. exp. Therap., Marburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 21, S. 977—978. 1913.

In der Marburger Frauenklinik wurde das neue Diphtherieschutzmittel v. Behrings Schwangeren und Neugeborenen injiziert. Die bisherigen Resultate ergaben, daß die Anwendung des Mittels beim Neugeborenen sehr wohl möglich ist, ja, daß sich seine Anwendung bei ihm ganz besonders empfiehlt, wegen der noch fehlenden Überempfindlichkeit, wie sie bei älteren Kindern mit bereits überstandener Diphtherie vorkommt. Ferner wurde festgestellt, daß sich bei graviden Frauen relativ leicht und gefahrlos eine Giftimmunität erzeugen läßt, die nicht nur das betreffende Individuum erfolgreich zu schützen imstande ist, sondern auch dem Neugeborenen zugute kommt, indem dieses auf natürlichem Wege Schutzstoffe von der Mutter erhält. Endlich besteht die Möglichkeit, das bei der Entbindung physiologischerweise abgehende Blut für Immunisierungs- und Heilzwecke auszunutzen. *Jaeger* (Leipzig).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Fleischner, E. C., Summer diarrhea from the standpoint of the clinician. (Der Sommerdurchfall der Kinder in klinischer Betrachtung.) California State journal of med. Bd. **11**, Nr. 5, S. 178—183. 1913.

Allgemeine Gesichtspunkte; günstige klimatische Verhältnisse in Californien gegenüber den Oststaaten der Union. Besprechung der einzelnen Symptome der Erkrankung und ihrer Behandlung (Empfehlung der Buttermilch). *Schmid* (Prag).

Soziales. Statistik:

Campbell, Donald, Die Mutterschaftsprämie. Annalen f. Soziale Politik u. Gesetzgeb. Bd. **2,** H. 5 u. 6, S. 655. 1913.

Der als Ministerresistent Australiens in London ansässige Verfasser bietet zunächst eine Übersicht über das australische Mutterschaftsprämiengesetz. Über den Inhalt

dieses Gesetzes wurde bereits in dieser Zeitschrift (Bd. 1, Seite 407) berichtet. Campbell legt aber des Weiteren dar, daß das Mutterschaftsgesetz „hinsichtlich seiner Absichten und Ziele sowohl in Australien wie anderswo vielfach mißverstanden worden ist". Man habe es nämlich oft als Mittel gegen die gefährlich niedere Geburtenziffer bezeichnet. Nun lehre jedoch die Statistik, daß die Geburtenziffer in Commonwealth sich auf 26,73 belaufen, also höher sei als die von England, Schweden, Belgien oder gar von Frankreich; überdies zeige sich während der letzten 8 oder 9 Jahre ein ständiges Steigen der Geburtenfrequenz. Auch die Kindersterblichkeit sei niedrig; sie betrage nur 75 auf 1000 Geburten, während die entsprechenden Zahlen in Deutschland 176 und in Rußland 256 lauten. Australien hat mithin ein zu langsames Wachsen seiner Bevölkerung infolge verminderter Geburten nicht ernstlich zu befürchten. Daß das Gesetz nicht in erster Linie der Kinder wegen geschaffen wurde, ersieht man schon daraus, daß die Mutterschaftsprämie auch dann gezahlt wird, wenn das Kind nicht lebt; außerdem erhöht sich die auszuzahlende Unterstützungssumme nicht mit der Anzahl der Kinder, da nach dem Gesetz derselbe Betrag bei der Geburt eines Kindes wie bei der Geburt von Zwillingen gewährt wird. „Der dem Gesetz zugrunde liegende Gedanke war in der Hauptsache die Anerkennung der Mutterschaft und die Erleichterung der mit ihr verbundenen Kosten." Denn, obwohl in Australien die Lebensbedingungen verhältnismäßig sehr günstig sind, so wird doch zumeist der ganze Verdienst verbraucht. Daher muß, bei der großen Mehrzahl der Bevölkerung, die Mutter bei der Geburt eines Kindes auf die für ihren Zustand so notwendige Schonung verzichten, oder sie muß vor oder nach der Entbindung Entbehrungen leiden, da die Kosten der Pflege besondere Ausgaben nötig gemacht haben. Man schuf das Mutterschaftsgesetz, um allen jungen Müttern Ruhe, Pflege und Erholung zu ermöglichen. Indem man so den Müttern über die schwerste Zeit hinweghilft, bessert man allerdings zugleich die Lebensbedingungen für die Neugeborenen. — Schließlich werden auch einige Einwände gegen das Gesetz, die man im Interesse der Rassehygiene und der Moral meinte erheben zu müssen, angeführt und entkräftet. *Fischer* (Karlsruhe).

Flesch, Max, Die Frauen und die Geschlechtskrankheiten. Kultur u. Fortschr. Nr. 481. 18 S. 1913.

Flesch beleuchtet kurz die Tatsachen aus der Lehre von den venerischen Seuchen und weist u. a. auf die besondere Bedeutung der Gonorrhöe für die Frau hin. „Das Ergebnis dieser Übersicht über die Folgen der Geschlechtskrankheiten ist die Erkenntnis, daß dieselben eine außerordentlich tiefe Einwirkung auf die soziale Gestaltung des Frauenlebens üben" ... „Aus alledem ergeben sich eine Reihe von Forderungen, die wir im Interesse der Frau erheben müssen: Die Übertragung ansteckender Krankheiten durch den Geschlechtsverkehr hat der gleichen Haftung der Beteiligten zu unterstehen wie die Erzeugung von Kindern. Wenn nach eingegangener Ehe sich herausstellt, daß einer der Beteiligten an einer geschlechtlichen Infektionskrankheit oder an ... Resten einer solchen leidet, so ist das ein Grund der Nichtigkeit der Ehe" usw. — Weitere Forderungen sind: „Im Hinblick auf die große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten muß erstrebt werden, daß diesen gemeingefährlichen Seuchen so entgegengetreten werde, wie es sich gegenüber andern Seuchen bewährt hat" usw. Weiterhin werden Ausdehnung der Bestimmung über die Schweigepflicht, Änderung der jetzigen Praxis der Rechtsprechung gegenüber den Kurpfuschern und Trennung der gesundheitlichen Überwachung der Prostitution als vorwiegend ärztliche Einrichtung von den besonderen zur Aufrechterhaltung der Sittlichkeit erforderlichen Maßnahmen verlangt. — In dem Kampfe das wertvollste Werkzeug werden die Bestrebungen sein, welche die Mutterschutzbewegung verfolgt: Hebung des Verantwortlichkeitsgefühls! *Wegscheider* (Berlin).

Rohleder, Hermann, Der Geschlechtsverkehr zwischen Blutsverwandten. Geschlecht u. Gesellsch. Bd. 8, H. 2, S. 49—66. 1913.

Inzest (incestare: verunreinigen, beflecken) bedeutet in streng juristischem Sinne

Geschlechtsverkehr zwischen Verwandten im Sinne von Eltern und Kindern, Großeltern und Enkeln, Geschwistern und Verschwägerten untereinander. Sog. Blutschande. — Die Gesetze der meisten Kulturstaaten sehen den Inzest als schweren Sittlichkeitsdelikt an und bestrafen ihn dementsprechend. — Bei den Urmenschen war wohl, wie bei den Tieren, Geschlechtsverkehr zwischen nächsten Blutsverwandten etwas Natürliches, hat sich in geschichtlicher Zeit (Ägypter, Perser, Peruaner) bis heute bei einzelnen Völkern erhalten, als Geschlechtsverkehr zwischen Geschwistern noch jetzt als etwas Selbstverständliches in Annam, bei den Kroaten, bei den Weddas auf Ceylon. — Der Widerwille gegen den Inzest ist also ein innerhalb der geschichtlichen Entwicklung der Menschheit erworbener. Zu verurteilen ist Blutschande nicht nur von gesundheitlichem und staatswirtschaftlichem, sondern auch vom ethisch-sittlichen Standpunkt. Gesundheitliche Schädigung größer als bei erlaubter Konsanguinität bzw. Inzestzucht, da Gleichheit der Keimzellen die denkbar größte. Da Inzestzucht die Folgen verstärkter Blutsverwandtschaftszucht hat, Verfeinerung und Schwächung der Konstitution, Unfruchtbarkeit, ungünstige Beeinflussung der psychischen Organe, so ist sie vom staatswirtschaftlichen Standpunkt gerichtet. Der Staat, begründet auf der Institution der Familie, gedeiht nur bei Aufbau der Familie auf sittlich reiner Grundlage. Deshalb ist, rein ethisch betrachtet, der Inzest für ein Kulturvolk eines der schwersten Sittlichkeitsdelikte. — Die noch heute in Kulturstaaten zahlreichen Fälle von Blutschande, von denen die wenigsten zur Kenntnis der Behörden gelangen, beruhen hauptsächlich auf dem Wohnungselend der Großstädte und dem sittlichen Tiefstand des Großstadtproletariats. Vielfach finden wir Blutschande bei irgendwelcher geistiger Minderwertigkeit bzw. bei direkt Geisteskranken, bei Schwachsinnigen, Epileptikern, Idioten, Paranoikern und chronischem Alkoholismus und Morphinismus; bisweilen als Folge einer krankhaften Erscheinung des Geschlechtslebens, der sog. Paedophilia erotica, die so stark sein kann, daß sie zu den eignen Kindern hindrängt. Die zweite Hälfte der Arbeit Rohleders behandelt die Gesetzgebung der hauptsächlichsten Kulturstaaten bezüglich der Blutschande und Vorschläge zu einigen Verbesserungen unserer eignen darauf bezüglichen Gesetze. *F. Stähler* (Siegen).

Wolf, Julius, Die „Rationalisierung" des Geschlechtsverkehrs in unseren Tagen. Sexualprobleme Jg. **9**, H 5, S. 289—295. 1913.

Die Behauptung mancher Nationalökonomen, daß der Geburtenrückgang mit dem wachsenden Wohlstande zusammenhängt, wird von Wolf verworfen; er weist darauf hin, daß sich gerade auch in den Familien der Lehrer und Subalternbeamten, also in sozialen Schichten, die durch eine Fülle irdischer Güter nicht ausgezeichnet sind, mit jedem Jahr die Geburtenziffern geringer werden. Der Verf. betont, daß die Fortpflanzung sich eben von der Befriedigung des sexuellen Triebes losgelöst hat. Der gewaltige Absturz der Geburtenziffer resultiere daher, daß nicht etwa an die Stelle der 6- und 8- und 10-Kinder-Ehe von früher die 4- und 5-Kinder-Ehe getreten sei; „sondern wo einmal psychisch die „Rechnung" und technisch die Prävention Eingang gefunden haben, erfolgt sofort ein Niedergang von den früher normalen 6 bis 8 Kindern und darüber auf 3 und 2 Kinder und darunter." W. verkennt nicht, daß eine kleinere Kinderzahl dem Haushalt der Ärmeren wohltätiger ist als eine größere. Aber etwa 3,5 Kinder sind pro fruchtbare Familie, im Hinblick auf unsere Mortalitätsverhältnisse und auf die Tatsache, daß viele Männer und Mädchen überhaupt nicht heiraten, erforderlich, um den Volksbestand aufrechtzuerhalten. Da 2 bis 3 Kinder in der Ehe die allgemeine Norm werden, so ist mit einem Rückgang der nationalen Bevölkerungszahl zu rechnen; wir sind allerdings heute noch nicht soweit, weil die Landbevölkerung allgemein und in den Städten die katholischen Einwohner noch an der alten Tradition festhalten. Sozial ist eine geringe Kinderzahl für die große Masse der Familien sicherlich zu wünschen! National bedeutet aber ein Sinken der Kinderzahl unter 3 bis 4 zweifellos so lange eine Gefahr, als die uns feindlichen Völker über eine größere Kinderzahl verfügen. *Fischer* (Karlsruhe).

Guradze und Eisenstadt, Krankheit und Kinderzahl bei den Frauen der mittleren Postbeamten. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. **19,** S. 512—517. 1913.

Die Arbeit stützt sich auf die Erfahrungen bei 2234 erkrankten Frauen. Diese wurden nach der Kinderzahl in Gruppen eingeteilt. Am häufigsten vertreten in der Krankenstatistik sind die Frauen mit 1 Kind, dann folgen die mit 2 Kindern, an dritter Stelle stehen die Kinderlosen, dann kommen die Frauen mit drei und mehr Kindern. Bei 18,22% aller Erkrankten handelte es sich um Unterleibsleiden. — Die kinderlosen Frauen weisen hauptsächlich Unterleibsleiden, Nervenleiden, Lungenkrankheit, Blinddarmentzündung und Magenleiden auf. Die Verff. halten es für wahrscheinlich, daß ein großer Teil ihrer Krankheitsdisposition aus der verspäteten Eheschließung herrührt, bzw. in der Spätehe sichtbar wird; jedenfalls sei zu beachten, daß diese Frauen, ohne eine Berufstätigkeit auszuüben, zu Lungen- und Nervenkrankheiten neigen. — Bei den Frauen mit 1 Kinde zeigen sich Geburtsstörungen in großer Zahl. Schon bei der ersten Entbindung wird, — nicht etwa aus Luxus, sondern wegen der durch das höhere Alter der Frau bedingten Schwierigkeiten — ärztliche Hilfe erforderlich. Bereits nach der ersten Niederkunft weisen diese Frauen eine gewisse Hinfälligkeit auf. Dagegen finden sich bei den Frauen mit vier und mehr Kindern zumeist nur solche Affektionen, die von der Konstitution nicht abhängen. — Die Verff. folgern hieraus, daß die Frauen mit mehr Kindern von Hause aus eine günstigere Veranlagung als die beiden ersten Gruppen besitzen, und daß der Geburtenrückgang dadurch zustande kommt, daß die Frauen mit verschlechterter Konstitution, mit geringer Eignung zur Mutterschaft immer häufiger die Ehe eingehen. — Die Frauen mit 2 und 3 Kindern nähern sich dem Typus I und II; auch bei ihnen findet man häufig Nervenleiden. *Fischer* (Karlsruhe).

● **Borntraeger, J., Bewirkt die Geburtenbeschränkung eine Rassenverbesserung?** Düsseldorf, Voss & Co. 1913. 16 S. M. 0.60.

Zugunsten des Geburtenrückgangs wird häufig behauptet: Die Verminderung der Geburten bessert die Qualität — weniger ist hier mehr — wenig, aber kräftig — Höherentwicklung — Rassenverbesserung usw. — Dem tritt Verf. energisch entgegen: an dem „praktischen Vergleichsobjekt im großen Frankreich" sucht er die Verneinung der Titelfrage auch für Deutschland zu beweisen und betrachtet die statistischen Ergebnisse der Säuglingssterblichkeit, der allgemeinen Sterblichkeit, der Tuberkulosesterblichkeit, des Alkoholverbrauchs, der Prostitution, Selbstmorde, Desertionen und endlich der Militärtauglichkeit. Als Ergebnis dieser Vergleichung schreibt er: So sind die Verhältnisse im klassischen Lande des Geburtenrückganges — in Frankreich: Die Leute leben kürzer als in Deutschland, erkranken mehr an Tuberkulose, sterben zahlreicher, trinken mehr Alkohol und immer mehr; Unbildung, Selbstmorde, Ehescheidungen, Verbrechen, Geisteskrankheiten usw. steigen an Zahl gleichfalls in erschreckender Weise immer mehr — also ein deutlicher, zunehmender, körperlicher und geistiger Niedergang der Nation, auf keinen Fall eine Höherentwicklung. *Wegscheider*.

Pürckhauer, Die Säuglingsmilchküche in kleinen Städten. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. **4,** H. 7, S. 203—212. 1913.

Unter prinzipieller Betonung der natürlichen Ernährung als des Normalzustandes spricht sich Verf. für die Errichtung von Milchküchen für diejenigen Säuglinge aus, welche nicht an der Brust genährt werden können. Die Vorzüge dieser Milchküchen sind: Garantie für eine dem Alter der Säuglinge entsprechende, sterilisierte Nahrung; Beschränkung von Kindermehlen und anderen Surrogaten auf das richtige Maß; Überwachung des körperlichen Befindens der Kinder; erzieherische Wirkung auf die Bevölkerung. Schilderung der unter großen finanziellen Schwierigkeiten ins Leben gerufenen Säuglingsmilchküche in Dinkelsbühl, ihres Betriebes und ihrer Erfolge: Sinken der Säuglingsmortalität des genannten Ortes von 20,3% (1910) auf 13,4% (1912). *Schmid* (Prag).

Knöpfel, L., Der Geburtenrückgang und die Sterblichkeit bei der jüdischen Bevölkerung. Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. d. Juden Jg. **9**, Nr. 1, S. 2—8. **1913**.

Verf. erklärt eine Anzahl von ihm veröffentlichter statistischer Tabellen und kommt zu dem Schlusse, daß in allen Altersklassen die Sterblichkeit der Juden geringer ist als die der Christen, daß bei den Juden wie bei den Christen die Sterblichkeit der Frauen im allgemeinen geringer als bei den Männern ist und daß die Mädchen im schulpflichtigen Alter bei Juden sowohl wie bei Christen eine größere Sterblichkeit haben als die Knaben. Was den Geburtenrückgang betrifft, so ist er bei den Juden stärker als bei den Christen, dafür ist aber dann die Säuglingssterblichkeit geringer geworden. Dies ist jedoch wohl nicht auf den Unterschied der Konfession zurückzuführen, sondern auf wirtschaftliche und kulturelle Verhältnisse. Elend und Not, wie man sie bei den untersten Schichten der Christen findet, sind der jüdischen Bevölkerung Deutschlands fast durchweg fremd. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Stein, W., und H. Brüning, Die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz, nebst Bemerkungen über ihre Ursachen und Bekämpfung. Erg.-H. d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **1**, H. 3, S. 142—222. 1913.

Stein hat aus den von den Standesämtern angefertigten Verzeichnissen für die Jahre 1898 bis 1909 Auszüge hergestellt und die vier- bzw. zwölfjährigen Durchschnittswerte berechnet; Brüning hat dann die gesamte weitere Bearbeitung übernommen, „indem er für die einzelnen Kalendermonate, für die einzelnen Landesteile die absoluten und relativen Werte berechnete, dieselben durch Kurventafeln u. dgl. anschaulicher zu machen suchte, sie in Beziehung brachte zu einigen nachweislich die Säuglingsmortalität beeinflussenden Faktoren (Geburtenzahl, Gesamtsterblichkeit usw.) und endlich Erörterungen über deren Ursachen und Bekämpfung anfügte". Als hauptsächliches Resultat hat sich hierbei folgendes ergeben: Die Säuglingsmortalität im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz ist mit 21,8% der Lebendgeborenen im Zeitraum 1901 bis 1905 größer gewesen als in den meisten anderen Bundesstaaten; die Sterblichkeit der Unehelichen ist erheblich größer als die der Ehelichen, nämlich 31%: 20,5% der Lebensgeborenen. Im Stargardschen Kreise sowie im Herzogtum Strelitz ist während der letzten Jahre die Sterblichkeit sowohl bei den Legitimen wie bei den Illegitimen gesunken. In den Städten ist die Säuglingssterblichkeit größer als auf dem Lande. Im Herzogtum Strelitz ist das Sinken der Säuglingssterblichkeit vorzugsweise auf die Verminderung der Mortalität bei den Stadtkindern zurückzuführen. Die Sterblichkeit schwankt in allen Landesteilen erheblich je nach dem Kalendermonat; am höchsten war sie in den Sommermonaten Juli bis September. Für das Herzogtum Strelitz läßt sich ein Parallelismus zwischen Verminderung der Säuglingssterblichkeit und dem Rückgang der Geburtenziffer feststellen. Der Geburtenüberschuß in den Städten sinkt konstant. — Wie man sieht, liegen keinerlei Ergebnisse vor, die nicht schon längst an einem internationalen Material gefunden sind; nur hier und da finden sich bei den Resultaten der Verfasser gegenüber den Erfahrungen, die man an einem die großen Staaten betreffenden Material gewonnen hat (vgl. des Referenten „Grundrißder Sozialen Hygiene", Kapitel „Säuglinge"; Berlin 1913), geringfügige Abweichungen. *Fischer.*

Solomon, Meyer, Infant mortality and eugenics. (Kindersterblichkeit und Eugenik.) Illinois med. journal Bd. **23**, Nr. 3, S. 256—267. 1913.

Solomon bezeichnet als die Hauptmittel zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit Gesundheit der Eltern, erwiesen durch Beibringung eines ärztlichen Gesundheitsattestes; Fürsorge für die Mütter in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, natürliche Ernährung der Kinder, eventuell auch Konzeptionsbeschränkung in mäßigen Grenzen. *Schneider* (Freiburg).

Bericht des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche vom 1. April 1911 bis 31. März 1912. Erg.-H. d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **1**, Nr. 1, S. 5—73. (1913.)

Bericht über die baulichen und wirtschaftlichen Veränderungen der Anstalt, über Beleg-

zahl und Krankenstand, über die aus der Anstalt hervorgegangenen Arbeiten und über die Lehrtätigkeit. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Armand-Delille, P.-F., Les facteurs urbains de l'anémie chlorotique des nourrissons et son traitement préventif. (Die städtischen Faktoren der Blutarmut der Säuglinge und ihre Präventivbehandlung.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. 8, S. 102—104. 1913.

Armand-Delille schuldigt für diese Erkrankung die Bleichsucht der städtischen Mütter an, bedingt durch andauernde Kohlensäurevergiftung infolge der städtischen Heizung und Leuchtgasversorgung. Er führte deshalb eine Präventivkur der Mütter in den letzten Monaten der Schwangerschaft mittels Eisenpräparaten durch und konnte an 5 Fällen zeigen, daß er so die Bleichsucht der Neugeborenen vermeiden konnte. *Frankenstein* (Köln).

● **Haller, A., Die sexuelle Frage im Lichte der Medizin und Hygiene. Öffentl. Vortr.** Reval, Kluge. 1913. 30 S. M. —.50.

Haller wendet sich in seinen Ausführungen besonders gegen die Aufstellung der sog. doppelten Moral: den Männern Freiheit in der Befriedigung ihres Geschlechtstriebes, dem Weibe vor der Ehe Zwang zur Keuschheit, und verlangt auch für die Männer unbedingte Abstinenz vor Eintritt in die Ehe. Wille und Vernunft müssen imstande sein, die geschlechtlichen Regungen zu unterdrücken. Ein gesundheitlicher Nachteil erwächst nicht aus der Abstinenz. Alkoholmißbrauch, ungesunde Lektüre, Kinematographentheater und minderwertige Varietés verleiten zur Unsittlichkeit. Die Schädlichkeit der Onanie, besonders zur Zeit der Pubertätsjahre, wird betont und andererseits hingewiesen auf die Gefahren und Folgen der Geschlechtskrankheiten. *Heuck* (Ludwigshafen a. Rh.).

Palmer, J. Foster, Eugenics and history. (Eugenik und Geschichte.) Med. magazine Bd. 22, Nr. 4, S. 187—192. 1913.

Der Verf. macht darauf aufmerksam, daß das Studium der Eugenik und das Problem der Heredität ohne ein genaues Eingehen auf historische Studien unmöglich sei. Er führt zahlreiche Beispiele an aus der Geschichte in bezug auf Rassen, Familien, Krankheiten usw. *Klein* (Straßburg i. E.).

Rowland, Eleanor, Report of experiments at the state reformatory for women at Bedford, New York. (Bericht über Experimente an der Frauen-Besserungsanstalt des Staates New York zu Bedford.) Psychol. rev. Bd. 20, Nr. 3, S. 245—249. 1913.

Psychophysische Untersuchungen an 35 weiblichen Sträflingen mit der praktischen Absicht, daraus Schlüsse auf den erzieherischen Einfluß der Anstalt ziehen zu können. Nur 3 Frauen zeigten vollständig normales Verhalten bei allen Prüfungen (Untersuchung auf Reaktionsgeschwindigkeit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Beeinflußbarkeit usw.). Einzelheiten sind nicht kurz wiederzugeben. *Schmid* (Prag).

Horst, Maurus, Grundlinien der künftigen Menschenkunde. Polit.-anthropol. Rev. Jg. 12, Nr. 3, S. 141—151. 1913.

Verf. proklamiert ein neues System der Menschenentstehung, von ihm das „Natürliche System" genannt, weil es auf den drei großen Menschenaffengattungen beruht. 1. Gruppe: Großmayot (Dryopithecus) und Schimpanse — Urmenschen von Europa. 2. Gruppe: Vollpavian und Gorilla — Urmenschen von Vorderasien. 3. Gruppe: Großgippon und Orang — Urmenschen von Ostasien. Begründung dieses Systems ist im Original nachzulesen. *D. Grünbaum* (Nürnberg).

Boas, Franz, Veränderungen der Körperform der Nachkommen von Einwanderern in Amerika. Zeitschr. f. Ethnol. Jg. 45, H. 1, S. 1—22. 1913.

Auf Grund von 17 821 Untersuchungen der Körperform der Einwanderer in den Vereinigten Staaten und deren Nachkommen (Böhmen, Ungarn, Slovaken, Juden, Sizilianern, Neapolitanern) ist Verf. zu folgenden Ergebnissen gekommen: 1. In Amerika geborene Kinder von Einwanderern weichen in der Körperform von ihren in Europa

geborenen Eltern ab. Diese Abweichungen lassen sich schon in der Kindheit beobachten und verwischen sich nicht im ausgewachsenen Zustande. 2. Der Einfluß des amerikanischen Milieus nimmt an Intensität zu, gemäß der Zeit, die zwischen der Einwanderung der Mutter und der Geburt des Kindes verflossen ist. 3. Beobachtungen über Erblichkeit innerhalb derselben Rasse beweisen eine Zunahme der Variabilität der Kinder bei wachsender Unähnlichkeit der Eltern hinsichtlich des Kopfindex. Dies beweist einen Rückschlag einiger Kinder auf den Typus des Vaters, anderer auf den der Mutter, nicht einen Rückschlag auf den Mitteltypus der Eltern. 4. Die Kopfmaße weisen die gleiche Wachstumsbeschleunigung während der Entwicklungsperiode auf, wie die Körpermaße, deren Beschleunigung schon lange bekannt ist. 5. Die mittlere Körpergröße von Kindern verringert sich bei zunehmender Größe der Familien. 6. Der Vergleich der in verschiedenen Perioden eingewanderten Individuen hat gezeigt, daß Individuen, die in einem bestimmten Jahre einwanderten, und die Nachkommen von Müttern, die in dem gleichen Jahre einwanderten, die gleichen Unterschiede wie die gesamte Serie aufweisen. 7. Der Vergleich zwischen in Europa geborenen Eltern und einerseits ihren in Europa, andrerseits in Amerika geborenen Kindern bestätigt die durch die allgemeine Betrachtung gewonnenen Beobachtungen. 8. Wenn man die jüdischen Knaben in drei Gruppen, je nach der Entwicklung der Schamhaare einteilt (in solche ohne, mit kurzen geraden und voll entwickelten), so zeigen sich die gleichen Unterschiede zwischen den in Europa und den in Amerika geborenen Individuen. Boas hält diese Tatsache für besonders wichtig, weil sie beweist, daß die Unterschiede nicht auf einer Verzögerung der Entwicklung beruhen, insofern sich keine beträchtlichen Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergeben haben. Verf. sucht die gegen seine Anschauung erhobenen Bedenken zu widerlegen. *Buschan* (Stettin).

Mitteilungen aus dem statistischen Jahrbuch der Stadt Paris für 1910. Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes Jg. 37, Nr. 19, S. 462—463. 1913.

Aus den Darlegungen sollen hier nur die für den Gynaekologen interessanten Mitteilungen hervorgehoben werden. Die Durchschnittsgeburtenzahl der ortsansässigen Bevölkerung betrug in den letzten 10 Jahren 57 636,3 (entsprechend 21,4°/₀₀ der Einwohner), die Durchschnittszahl der Lebendgeborenen 52 830,3 (19,6°/₀₀), der Totgeborenen 4806 (1,8°/₀₀). Unter allen im Berichtsjahr in Paris zur Welt gekommenen 59 892 Kindern waren 15 811 außerehelich geboren, und zwar unter den Lebendgeborenen 14 397, unter den Totgeborenen 1414. Die Mütter von 3833 Kindern hatten das 20. Lebensjahr noch nicht überschritten (bei 4 Kindern waren die Mütter weniger als 15 Jahre alt), bei 33 855 Kindern standen die Mütter im 3., bei 13 666 Kindern im 4. und bei 1479 Kindern im 5. Lebensjahrzehnt; unbekannten Alters waren die Mütter von 624 Kindern. Die (nicht ganz zuverlässige) Zahl der Zwillingsgeburten belief sich auf 515, die der Drillingsgeburten auf 2. — Der Geburtenüberschuß betrug 1,3°/₀₀ der Einwohner im Jahre 1910 gegenüber 0,3°/₀₀ im Jahre 1909. Von den Verstorbenen standen 4833 im Säuglingsalter; die Säuglingsmortalität belief sich mithin auf 9,8 pro 100 Lebendgeborene. — Die Stadt Paris unterstützte 45 Krippen, die insgesamt über 939 Wiegen und 645 Betten verfügten; es waren in diesen Anstalten durchschnittlich am Tage 1083 Kinder anwesend, die Summe der Verpflegungstage belief sich auf 320 320. In den 32 Kinderpolikliniken (Dispensaires) wurden 44 956 Kinder eingeschrieben. Die Säuglingsberatungsstellen wurden für 2873 Kinder in Anspruch genommen. Die Zahl der Pflegekinder bis zum Alter von 13 Jahren betrug zu Beginn des Jahres 32 394. *Fischer* (Karlsruhe).

Bewegung der bayerischen Bevölkerung 1912. Zeitschr. d. k. bayerisch. statist. Landesamtes Jg. 45, Nr. 2, S. 326. 1913.

Bewegung der bayerischen Bevölkerung 1912. Im Jahre 1912 betrug die Zahl der Eheschließungen 50 855 gegenüber 50 339 im Jahre 1911 und 49 464 im Jahre 1910. Die Zahl der Geburten (einschl. der Totgeborenen) belief sich auf 214 549

gegenüber 215 203 im Jahre 1911 und 221 528 im Jahre 1910. Diese Zahlen gliedern sich in folgender Weise:

	Unmittelbare Städte		Bezirksämter	
	eheliche	uneheliche	eheliche	uneheliche
	Geburten		Geburten	
1912	35 962	10 332	151 463	16 792
1911	36 592	10 016	152 146	16 449
1910	37 548	9 896	157 059	17 025

Der Geburtenrückgang war darnach in Stadt und Land wiederum geringer als im vorausgegangenen Jahr. Wie bisher beschränkte er sich hier und dort auf die ehelichen Geburten. Weit stärker als die Geburtenziffer ist die Sterbeziffer gesunken. Sie betrug (einschl. der Totgeburten) 129 035 gegenüber 141 547 im Jahre 1911 und 136 846 im Jahre 1910. Ohne die Totgeborenen betrug sie 1912: 123 262; 1911: 135 787; 1910: 130 858. Zu einem erheblichen Teil beruht dieser erfreuliche Rückgang auf der starken Minderung der Säuglingssterblichkeit, die gerade das letzte Jahr wieder aufweist. An Kindern unter 1 Jahr sind gestorben: 1912: 37 013; 1911: 46 665; 1910: 43 438. Das macht auf 100 Lebendgeborene 1912: 17,7; 1911: 22,3; 1910: 20,2. Stadt und Land sind an diesem Rückgang ziemlich in gleicher Weise beteiligt, wenn auch die Säuglingssterblichkeit auf dem Lande verhältnismäßig immer noch höher ist als in den Städten, denn es betrug die Zahl der unter 1 Jahr gestorbenen Kinder

	in den unmittelb. Städten		in den Bezirksämtern	
	absolut	auf 100 Lebendgeb.	absolut	auf 100 Lebendgeb.
1912	6 934	15,5	30 079	18,3
1911	9 014	20,0	37 651	22,9
1910	8 209	17,9	35 229	20,8

Infolge des verhältnismäßig geringen Rückganges der Geburten und des viel stärkeren Rückganges der Sterbefälle schließt die Bevölkerungsbilanz des Jahres 1912 mit einem Geburtenüberschuß ab, der den der beiden Vorjahre übertrifft. Er beträgt 85 514 gegenüber 73 656 im Jahre 1911 und 84 682 im Jahre 1910.

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1911. Bearbeitet in der Medizinalverwaltung des Ministeriums des Innern. Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes Jg. **37,** Nr. 171, S. 405—413. 1913.

Aus der umfangreichen Abhandlung seien nur einige für den Gynaekologen besonders beachtenswerte Angaben hier erwähnt. Die Zahl der Lebendgeborenen ist von 30,83‰ der Einwohner im Jahre 1910 auf 29,36‰ zurückgegangen; die höchste Lebendgeburtenziffer hatten die Provinzen Westpreußen und Posen mit je 35,80, die niedrigste der Landespolizeibezirk Berlin mit 20,71‰. Von den Lebendgeborenen waren 611 387 männlichen und 577 830 weiblichen Geschlechts. 15 916 Geburten waren Mehrlingsgeburten, und zwar 15 768 Zwillings-, 146 Drillings- und 2 Vierlingsgeburten. — An Kindbettfieber starben 4093 Mütter, davon 2146 in Städten und 1947 in Landgemeinden. Auf je 10 000 Entbundene entfielen 33,85 (1910 : 31,42) im Kindbett Gestorbene, und zwar 42,11 (37,63) in Städten und 27,48 (27,02) in Landgemeinden. Unter den Landesteilen wiesen der Stadtkreis Berlin mit 84,86 und der Landespolizeibezirk Berlin mit 70,62 Kindbettfieber-Todesfällen die höchsten Ziffern auf, dann kommen die Regierungsbezirke Potsdam mit 49,55, Danzig mit 43,81 usw., während die niedrigsten Zahlen der Regierungsbezirk Aachen mit 18,97 Todesfällen auf je 10 000 Entbundene zu verzeichnen hatte. Auch die Ziffer der gesundheitspolizeilich gemeldeten Erkrankungen an Kindbettfieber zeigt mit 5323 Fällen eine Vermehrung um 279 gegenüber dem Vorjahre. „Die Zunahme der Kindbettfiebererkrankungen wird hauptsächlich mit der ständig zunehmenden Zahl der absichtlich herbeigeführten Fehlgeburten in Zusammenhang gebracht.“ — Von den Fürsorgemaßnahmen für Arbeiterinnen sind zu erwähnen die Errichtung von Wöchnerinnenheimen und Stillstuben in verschiedenen Regierungsbezirken, die Gewährung von Urlaub unter Weiterzahlung des Lohnes, die Abgabe von Lebensmitteln zu billigen Preisen u. a. m. *Fischer* (Karlsruhe).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 5. S. 241—272

Referate.

Allgemeines.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Brown, Hugh Arbuthnot, Measles: periodic cycles of virulence. (Periodische Zu- und Abnahme der Virulenz.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. **23**, S. 1187—1188. 1913.

Weichardt, W., und H. Schlee, Über das Studium unbekannter Gemische mit Hilfe von Katalysatosen. Mitteilg. 9. Beeinflussung organischer und anorganischer Katalysatoren bei Proteotoxikosen. (*Kgl. bakteriol. Unters.-Amt, Erlangen.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **1**, H. 5, S. 472—490. 1913.

Neumann, W., Das diastatische Ferment des Urins. (*Med. Univ.-Klin., Gießen.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **111**, H. 1/2. S. 164—187. 1913.

Doerr, R., Die Anaphylaxie als Vergiftung durch Eiweißabbauprodukte. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 24, S. 1149—1150. 1913.

Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel von Biedl und Kraus in Nr. 20 der deutschen medizinischen Wochenschrift Jg. 39.

Schmidt, P., Physikalisch-chemische Untersuchungen über die Serum-Agglutination. (*Hyg. Inst., Univ. Leipzig.*) Arch. f. Hyg. Bd. **80**, H. 1/6, S. 62—69. 1913.

Luger, A., und E. Pollak, Zur Kenntnis der Wirkung von Röntgenstrahlen auf Fermentlösungen. Vorläuf. Mitteilg. (*II. med. Klin., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 21, S. 1298—1299. 1913.

Verff. konnten feststellen, daß neben einer Reihe menschlicher Sera Hammel-, Meerschweinchen- und Kaninchensera sehr häufig spontan ohne spezifische Vorbehandlung die Wirkung diastatischer Fermente auf Stärkelösung in verschieden hohem Grade hemmen. Diese hemmende Wirkung geht durch Ätherextraktion nicht verloren. Nach Bestrahlung mit Röntgenstrahlen verloren die Fermentlösungen ganz oder teilweise die Eigenschaft, von den genannten Seris in ihrer Wirkung gehemmt zu werden. Bei intensiver Bestrahlung verloren die Fermentlösungen ganz oder teilweise die Fermentwirkung. Geprüft wurden Pankreatin, Trypsin, Takadiastase und Maltine. *Brahm* (Berlin).*

Macleod, J. J. R., und R. G. Pearce, Über das Verschwinden der Glucose aus dem Blut normaler und pankreasloser Hunde nach Entfernung der Unterleibsorgane. (*Physiol. Laborat., Western res. univ., Cleveland, Ohio.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. **26**, Nr. 26, S. 1311—1315. 1913.

Kurze Mitteilung über Versuche, die sich an die Befunde von Knowlton und Starling anschlossen. Knowlton und Starling hatten aus ihren Herzdurchblutungen geschlossen, daß das Pankreas ein inneres Sekret abscheidet, das für den Zuckerverbrauch in den Geweben unerläßlich ist, daß demnach die Hyperglykämie nach Pankreasexstirpation zustande kommt durch die Unfähigkeit der Muskeln, Glykose zu verbrauchen. — Die Verff. haben ihre Versuche an Tieren angestellt, denen die Unterleibsorgane einschließlich der Leber entfernt waren. Sie haben dabei das Verschwinden des Zuckers aus dem Blute verfolgt, einmal bei vorher normalen Tieren, dann bei solchen, denen vor 3—7 Tagen die Bauchspeicheldrüse exstirpiert war. Wäre die Annahme von Knowlton und Starling richtig, so dürfte bei den vorher entpankreasten Tieren kein Herabgehen des Blutzuckers eintreten. Diese Annahme wurde durch die Versuche nicht bestätigt. Bei den pankreas-

losen Hunden, die auch stark diabetisch waren, war der Zuckerverbrauch meist genau so groß wie bei den normalen Tieren. Nur in einem von den 8 Versuchen war die Zuckerzerstörung gegen die Norm herabgesetzt. Eine innere Sekretion des Pankreas scheint demnach zum Zuckerverbrauch in den Skelettmuskeln nicht nötig zu sein. *H. Tachau.*[M]

Allgemeine Therapie:

Nemenow, M., Beitrag zur Röntgenbehandlung in der Gynaekologie. (*Chirurg. Klin., Prof. A. Kadjan, St. Petersburg.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **Bd. 20,** H. 3, S. 326—339. 1913.

Verf. beschreibt seine Technik, die von der Albers-Schönbergschen nur wenig abweicht: 4 Tage, 1 Feld, 10—12 X im ganzen, bei schweren Fällen 2—3 Felder, 4 Tage, je 12—14 X, 2—3 Wochen Pause, Lederfilter und nur bisweilen 1 mm Aluminium, harte Müllerröhren mit Eiskühlung bevorzugt. Von seinen bestrahlten 19 Myomen 18 geheilt: amenorrhoisch, Herzbeschwerden geschwunden, Blutbeschaffenheit geändert, Verkleinerung der Tumoren. 1 Fall refraktär: verkanntes submuköses Myom; dieser Fall wird genau beschrieben. Herz- und Nierenkranke Myompatientinnen hält Verf. für durchaus geeignet und beschreibt auch hier zwei günstig beeinflußte Fälle. Ausfallserscheinungen nach den Bestrahlungen nur gering, nie stürmisch. Schattenseiten der Myomröntgentherapie: Übersehen eines Sarkoms, große Vorsicht wegen ev. Spätschädigungen; letztere sucht Verf. durch Beschränken der Strahlenmenge und vorsichtiges Filtrieren zu vermeiden; Behandlung nur von gut ausgebildetem Fachmann vorzunehmen. Von 3 klimakterischen Blutungen 2 geheilt nach 3 Bestrahlungen, die dritte mit Rezidiv nach ca. 1 Jahr; Frauen unter 40 Jahren soll man deshalb 2—3 Jahre in 6 monatlichen Abständen prophylaktisch bestrahlen. Maligne Erkrankungen von Uterus und Adnexen sind von der Bestrahlung auszuschließen. 2 Salpingooophorien erfolglos bestrahlt, Kraurosis vulvae wesentlich gebessert. Präzise Indikationsstellung zur Vermeidung von Versagern: Bestrahlen soll man 1. klimakterische Blutungen, falls mikroskopische Untersuchung maligne Entartung der Schleimhaut ausschließen läßt, 2. myomkranke Frauen, welche außerdem an Myokarditis, Nieren- oder anderweitiger operationshindernder Krankheit leiden, falls lästige Symptome vorhanden sind. Vorsicht bei der Behandlung jüngerer Frauen, wegen Verstärkung der Blutung im Anfang der Behandlung, 3. Frauen von 40 Jahren und darunter sind vom Arzt auf die Gleichberechtigung des Bestrahlens mit der Operation aufmerksam zu machen, 4. myomkranke Frauen um einige Jahre jünger als 40 sind nur bei sehr starken Blutungen bei Verweigerung der Operation zu bestrahlen; 5. und 6. submuköse Myome und Salpingooophoritiden sind zur Bestrahlung nicht geeignet. Tabellarische Zusammenstellung der vom Verf. mit Bestrahlung behandelten Fälle. *Lohfeldt* (Hamburg).

Graeßner und Benthaus, Ergebnisse der Röntgentherapie bei Frauenleiden. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 3, S. 322—326. 1913.

Die in Tabellen zusammengestellten, seit April 1910 ausgeführten 41 Bestrahlungen ergeben: unter 19 Metropathien 11,1% Besserung und 88,9% Heilung. Unter 22 Myomen 5% Besserung und 86% Heilung; ungeheilt 15%. Technik: in den ersten beiden Jahren nach Albers-Schönberg; später Verkürzung des Fokushautabstands (zuletzt auf 20 cm), größere Felderzahl und Aluminiumfilter, zuerst 1 jetzt 3 mm Dicke. Röhrenhärte 10 Wehnelt, Belastung 2,5 M. A. Bei der Mehrzahl der Fälle waren zur Heilung größere Dosen, pro Serie 180 bis 200 X notwendig. Von Nebenwirkungen einige Male vermehrter Harndrang während der Bestrahlung, und in der Hälfte der Fälle Übelkeit und Brechneigung. Keine Darmschädigung beobachtet, keine Erytheme, dagegen häufig Pigmentation. Einmal Verbrennung zweiten Grades an beiden Oberschenkeln als Folge mangelhafter Abdeckung. *Wössner* (Freiburg).

Prochownick, L., Beitrag zur Röntgenbehandlung in der Frauenheilkunde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 3, S. 316—322. 1913.

Verf. teilt seine 4jährige Erfahrung der Röntgenbestrahlung ausschließlich bei Myomen und Klimaxblutungen mit. Von 180 beobachteten Myomen wurden 45 der Bestrahlung nach Hamburger Technik unterzogen. 5 Fälle schieden für die Beurteilung der Leistung der Strahlentherapie aus verschiedenen Gründen von vornherein aus. Bei 40 wurde volle Klimax erreicht. Die Erfolge liegen teilweise über 2 und 3 Jahre zurück. Wieder- oder Weiterwachstum ist in keinem Falle eingetreten. Die Tumoren schwanden schneller als bei der Kastration und der Spontanklimax. 2 Fälle erforderten Nachoperation wegen Nekrose. Außer kosmetischen Hautschäden (Pigmentbildung, leichtes Ekzem), geringen Belästigungen des Nervensystems (Kopfschmerz, Übelkeit, Herzklopfen) traten keine besonderen Schädigungen auf. Die Gesamtdauer der Behandlung war oft eine recht lange. Der spätere Schwund der Geschwülste verhielt sich proportional der Dauer der Behandlung. 15 Klimaxblutungen, darunter Fälle von schweren Adnexveränderungen, wurden mit vollem Erfolg bestrahlt. Nach diesen Resultaten hält Verf. die Röntgenbestrahlung der Myome und Klimaxblutungen für die Praxis reif. *Dorn* (Kempten).

Butcher, W. Deane, Über die Grundlage der Röntgen- und Radiumtherapie. Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 396—402. 1913.

Es handelt sich um Beeinflussung des Gewebes durch Ätherwellen von verschiedener Länge und Frequenz, und zwar erscheinen dem Verf. die im Körper sekundär erzeugten dabei von besonderer Bedeutung. Als einheitliche Bezeichnung für Röntgen- und Radiumbehandlung schlägt er den Namen „Gammatherapie" vor und vertritt die Anschauung, daß eine jede Strahlenqualität ihre ganz spezifische Wirkung habe. Für die Deutung der therapeutischen Wirkung der Gammastrahlen erwähnt Verf. drei Theorien. 1. die Radio-Vaccination-Theorie, die auf der Erfahrung fußt, daß manche, besonders oberflächliche Erkrankungen in ähnlicher Weise beeinflußt werden wie durch Injektion einer Vaccine. Die Erscheinung der Fernwirkung glaubt Verf. hierdurch verständlicher zu machen. 2. die physikalische Theorie Leducs, welche die Vorgänge der Mitose und der Zellteilung auf Osmose und Diffusion zurückführt. „Wir können annehmen, daß die Gamma-Strahlen die größeren Moleküle des Gewebes in kleine Gruppen oder Ionen aufspalten, wodurch lokale Herde gesteigerter Konzentration oder Zentren osmotischer Kräfte gebildet werden." 3. die kannibalische Hypothese (H. C. Roß), welche darauf beruht, daß physiologische wie pathologische Zellproliferation primär auf Zelltod beruht. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Bumm, E., Über Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung beim Uteruscarcinom. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 22, S. 1001—1006. 1913.

Harte Hautkrebse werden schon seit Jahren durch Radium und Ätzmittel geheilt, weiche von Schleimhäuten und Drüsen ausgehende Krebse boten bisher allen Heilversuchen große Schwierigkeiten. Durch harte gefilterte Röntgenstrahlen und Mesothorium ist es nunmehr gelungen, radioaktive Substanz in großen Mengen in der Tiefe der Körperhöhlen zu applizieren. Im Einzelfall wurden Mengen von 10 000 Kienböck X und 25 000 Milligrammstunden Mesothorium gegeben. In 10 kurz skizzierten Fällen von Portio-, Collum-, Vagina- und Urethra-Carcinomen, ferner bei zwei Rezidiven nach Radikaloperationen erreichte Verf. einen erstaunlichen Erfolg: Reinigung und Zusammenziehung des Carcinomtrichters mit Narbenbildung; die Krebszellen gingen unter Vacuolenbildung und Kernzerfall zugrunde; bei den Urethra-Carcinomen blieb sogar die Gewebsform und -funktion vollständig erhalten. Über den Gesamterfolg, d. h. die Tiefenwirkung der Strahlen kann erst die mehrjährige Beobachtung entscheiden mit mikroskopischer Kontrolle der erkrankten, durch Operation oder Obduktion gewonnenen Organe und tiefen Lymphdrüsen. Zwei Pat. erlagen der allzu kräftigen Mesothoriumwirkung. Bei jüngeren Personen hält Verf. vorläufig noch die Entfernung und regelmäßige Nachbestrahlung der Neubildung für angezeigt. Ein besseres klinisches Resultat als durch die Operation wird erreicht durch die Bestrahlung bei älteren Frauen mit Carcinom der Scheide, der äußeren Genitalien, der Harnröhre und mit langsam wachsenden Carcinomgeschwüren am Collum uteri. Bei inoperablen Genitalcarcinomen gibt die Bestrahlung günstigere Erfolge als jede andere bis jetzt bekannte Behandlungsmethode, und auch bei Rezidiven nach Operationen ist die Bestrahlung einer erneuten Operation vorzuziehen. *Monheim* (München).

Edling, Lars, Erfahrungen über Radiumtherapie der Myome und klimakterischen Blutungen des Uterus. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 3, S. 303—316. 1913.

Behandelt sind 17 Fälle von Myom und 4 von Metrorrhagie. Als geheilt betrachtet sind alle Metrorrhagien und 9 Myome, wesentlich gebessert waren 4 Myome, weitere 4 scheiden aus der Statistik aus. Heilung ist Aufhören der Blutung und Schwinden der Beschwerden. Die Blutung sistiert teils sofort nach der Bestrahlung, teils nach 1—2 spärlichen Menstruationen. Die Größe der Myome nimmt wesentlich ab, und zwar um so erheblicher, je länger die Zeit nach der Bestrahlung. Hämoglobingehalt steigt, Druckbeschwerden schwinden. Ausfallserscheinungen treten mehrfach auf.

Die Applikation von der Uterushöhle aus hält Verf. für die richtigste: zentrifugale Uterusbestrahlung. Die Blutungen sistieren infolge Schleimhautveränderung.

Myome verkleinern sich nicht durch direkte Degeneration des Muskelgewebes, sondern durch Schwund der ödematösen Durchtränkung, der perimetritischen Infiltration. Verf. benutzt 11 Radiumtuben, je 1 cg reinen Radiumsulfats enthaltend. Zur Wirkung kommen γ- und härtere β-Strahlen (ultrapenetrante Strahlung von Dominici). Bei Benutzung von Bleifiltern wird die Sekundärstrahlung durch Umwicklung der Tuben mit Verbandgaze ausgeschaltet. Verf. benutzt keine Bleifilter, sondern dünnes Seidenpapier, äußere Umhüllung weicher Gummitaft. Bei kleineren Myomen werden 4 cg mit 48 Stunden Liegezeit verwandt, ein paar Tuben in die Uterushöhle, das andere in den Cervicalkanal gelegt, festgehalten durch Vaginaltamponade. Nebenerscheinungen: Etwas Temperaturerhöhung, vermehrte Pulsfrequenz, Übelkeit — kein Ausfluß, keine besonderen Schmerzen. *Müller* (Freiburg i. B.).

Kienböck, Robert, Über die Arten der photochemischen Radiometer für Messung des Röntgenlichtes. (*Allg. Poliklin., Wien.*) Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 556—567. 1913.

Je nachdem das Reagenz fest oder flüssig, sind Trocken- und Flüssigkeitsradiometer unterscheidbar. Beim Indexradiometer ist die Lichtwirkung sofort direkt sichtbar, beim Registrierradiometer — z. B. dem Reagenzstreifen Kienböcks — zunächst nach Belichtung latent, nach der Entwicklung des Streifens erst ablesbar und dauernd registrierbar. Es gibt gegen aktinisches Licht empfindliche Reagentien: photographische Platten und Papiere, und unempfindlichere Kalomelradiometer von Schwarz. Eine dem aktinischen Licht entgegengesetzte Wirkung wird durch das Röntgenlicht auf das I. Chromoradiometer von Holzknecht und auf die Sabouraud - Noire Pastillen ausgeübt, dieses dunkelt, jenes hellt auf. Reagentien ohne Decke und Umhüllung sind Oberflächendosimeter, solche mit Bedeckung der Schicht Tiefendosimeter. Oberflächendosimeter im engeren Sinn benutzen eine papierdünne Schicht, Hautdosimeter eine Schicht von der Dicke der Haut, Dickschichtdosimeter eine dicke transparente Schicht. Als Beispiel für das Tiefendosimeter dient die Aluminiummethode des Verf. Es ist hier die Dosis erkennbar, die in bestimmten Körpertiefen verabreicht wird. Beim Differenzierradiometer wird eine Aluminiumtreppe benutzt, es geben beispielsweise Aluminiumdicken von 1, 2, 3 cm Dicke die Dosen in 1, 2, 3 cm Körpertiefe an. *Müller* (Freiburg i. B.).

Holzbach, Bleiglastubus für Röntgentherapie. (Med.-naturwiss. Ver. Tübingen. Sitz. vom 10. Febr. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, S. 1410. 1913.

Demonstration eines für Röntgentherapie verwandten Bleiglastubus, der dieselben farbigen Veränderungen des Glases aufweist, wie eine länger benutzte Röntgenröhre. Diese Glasveränderung beruht also nicht auf Metallniederschlägen, wie vielfach behauptet wird, sondern ist eine Umwandlung des Glases unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen. Hieraus erhellt, daß man mit Röntgenstrahlen nicht nur physikalische, sondern auch chemische Veränderungen in dem bestrahlten Medium hervorrufen kann. So wird z. B. unter der Bestrahlung aus Jodoform Jod frei, eine Tatsache, die sich bei der Tuberkulosebehandlung verwerten läßt; wie Verf. es bei einem Fall von inoperabler Nierenblasentuberkulose tat. Versuche über die Dissociation anderer Medikamente und die Bindung freiwerdender differenter Stoffe an die Lipoidsubstanz sind im Gange. Die Injektion lichtempfindlicher Metallverbindungen, so von Bromsilber, das durch Einwirkung von Bromkaliumlösung auf essigsaures oder benzolsaures Silber in der Zelle dargestellt werden kann, bietet aber noch einen anderen Vorteil. Sie gibt uns die Möglichkeit, die bisher noch viel zu wenig beachtete Wirkung der sogenannten Sekundärstrahlung therapeutisch zu verwerten. Selbst aus kurzwelligen Strahlen werden, wenn sie auf den Metallspiegel des Niederschlages aufprallen, infolge der Sekundärstrahlung wieder genügend weiche Strahlen frei, um Lichtwirkungen zu erzielen, welche die die Substanz glatt durchschlagenden harten Strahlen nicht hervorrufen können. Das Problem der Carcinombehandlung durch Röntgenstrahlen kann auf diesem Wege wahrscheinlich mit mehr Aussicht auf Erfolg angegangen werden, als bisher. *Runge* (Berlin).

Wolf, Wilhelm, Über die Wirksamkeit von Kollargolklysmen bei septischen Prozessen. (*Garnisonlaz., Leipzig.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 20, S. 944—945. 1913.

Mitteilung eines eindeutigen Falles von Sepsis, wo wiederholte Kollargolklysmen (50 g einer 6 proz. Lösung) von überraschendem Erfolg begleitet waren. *Thielen.*[M]

Ury, Hans, Zur Theorie der Bitterwasserwirkung. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19, H. 3, S. 293—298. 1913.

Prudnikoff, J, W., Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frauen mittels Elektrokoagulation. Diss., ref. in Med. Rundschau Jg. 40, H. 9, S. 800—861. 1913.

Nach einem kurzen Literaturüberblick beschreibt der Verf. den von ihm gebrauchten Apparat „Thermoflux" (von Reiniger, Gebbert und Schall) und geht dann zu seinen Untersuchungen über, die aus Beobachtungen an Kaninchen und Menschen bestehen. Die Verscuhe wurden an den Tieren folgendermaßen durchgeführt: nach Eröffnung des Peritoneums und der Höhle des Mutterhorns wurde in das letztere die positive Elektrode des Elektrokoagulators eingeführt, während auf dem angefeuchteten Rücken die andere Elektrode angebracht wurde. 5—6 Sekunden wurde die Übergangszone zwischen dem eigentlichen Mutterhorn und der Tube angebrannt. Der dazu verwendete Strom betrug 100—150 Milliampère, die Elektrodenfläche 2 qmm. Nach dem Anbrennen wurden Nähte auf das Mutterhorn und die Bauchdecken gelegt. Nach Ablauf von 2—200 Tagen wurden die Tiere getötet und ein Teil des Mutterhorns mit dem Anfang der Tube mikroskopisch untersucht. Die histologische Untersuchung zeigte, daß an der Stelle der Anbrennung im frühen Stadium eine starke Nekrose der inneren Teile der Uteruswand eintritt. Später werden die nekrotischen Partien durch reichliche neugebildete Granulationen, mit starker Beteiligung der Muskelzellen ersetzt, wodurch eine starke Verengerung des Hornlumens erreicht wird. Als Folge dieser Veränderungen im Horn stellte sich in $^2/_3$ der Fälle eine vollständige Obliteration des Lumens ein, die auch 100—200 Tage nach der Anbrennung noch anhielt. In 12 von den 14 beobachteten Fällen blieb auch die Befruchtung aus. Die Adnexe zeigten, auch nach einer einmaligen Anbrennung, keine besonderen Veränderungen, keine Parametritis und keine Hydrosalpinx. An Menschen wurde die Methode in 9 Fällen ausprobiert. In 2 Fällen wurde es als therapeutisches Mittel angewandt, bei den anderen 7 (es handelte sich um inoperable Carcinome), um Präparate zu erreichen, bevor der Uterus entfernt worden ist. Bei diesen Frauen wurde die „Sonde-Elektrokoagulator" von 26 cm Länge in den Uterus eingeführt und der Reihe nach an die beiden Tubenenden angelegt. Es wurde ein Strom von 1—$1^1/_2$ Milliampere 30—60 Sekunden lang durchgelassen, bei einer Elektrodenfläche von 15 qmm. Die Koagulation nimmt $^3/_4$ cm Tiefen und 1 qcm Flächenausdehnung ein. Nach dem vollständig schmerzlosen Eingriff wird eine trockene Scheidentamponade auf 12 Stunden gelegt. Die mikroskopische Untersuchung der operativ entfernten Organe ließ drei verschiedene Wirkungsschichten erkennen: 1. Verkohlungsschicht; 2. Nekrosenschicht; 3. reaktiv-entzündliche Infiltration. Wurde die Untersuchung einige Tage nach dem Eingriff vorgenommen, so sah man eine starke Granulationsschicht. Nach 2 Wochen liegen die Granulationsränder fast vollständig einander an; dabei fehlt der Epithelialüberzug; nach 4—5 Wochen sieht man eine vollkommene Obliteration der Tubenenden, ohne daß die anderen Funktionen der Geschlechtsdrüsen gestört sind. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Allgemeine Chirurgie:

Roux, C., Benzin und Toilette. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. 43, Nr. 16, S. 496—497. 1913.

Bei Verwendung von Benzin zur Desinfektion des Operationsfeldes sind Verätzungen der Haut an den aufliegenden Körperteilen, wo das herabgeflossene Benzin sich sammelt und schwerer verdunsten kann, mehrfach beobachtet und beschrieben worden. Außer dieser örtlichen Schädigung kann reichlicher Benzingebrauch bei der Vorbereitung des Patienten auch zu einer resorptiven Intoxikation führen, die sich in dem späten, 5—10 Tage nach der Operation wahrgenommenen, Auftreten einer Hämaturie äußert. Obwohl diese Erscheinung stets sehr rasch verlief, ohne das Befinden des Kranken zu beeinträchtigen oder die Genesung zu verzögern, ist doch Vorsicht bei Gebrauch dieses Reinigungsmittels geboten und die verwendete Menge möglichst einzuschränken. *Genewein* (München).CH

Schlimpert, Hans, Concerning sacral anaesthesia. (Über Sakralanästhesie.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 16, Nr. 5, S. 488—493. 1913.

Es werden 2 Arten von Sakralanästhesie unterschieden, die niedrige und die hohe Form. Niedrige Anästhesien kommen in Anwendung bei allen Operationen unterhalb der Symphyse, hohe bei denen oberhalb der Symphyse und denen, die mit Eröffnung des Peritoneums einhergehen. Die Technik der niedrigen Anästhesie schließt sich mit einigen Modifikationen an die von Stöckel und Läwen angegebene Methode an. Die hohe Anästhesie unterscheidet sich von dieser prinzipiell durch folgende drei Punkte: 1. es wird zur Unterstützung ein Scopolamin-Narcophin-Dämmerschlaf eingeleitet; 2. die Einspritzung der Novocainlösung erfolgt in Knie-Ellbogenlage mit leichter Beckenerhöhung, die für 5 Minuten beibehalten wird; und

3. es werden höhere Dosen gegeben als bei der niedrigen Anästhesie. Injektion und Beckenhochlagerung wird in einem besonders konstruierten Kippstuhl vorgenommen. Für die Dosierung wird bei niedrigen Anästhesien als Normaldosis 0,6 g Novocain, bei schwächlichen Patienten und solchen unter 50 kg Körpergewicht, die tief im vorbereitenden Dämmerschlaf sind, 0,5 g gegeben. Bei hohen Anästhesien schwankt die Dosis zwischen 0,5—0,8 als Maximaldose. Abzüge von 0,1 an der Dosis werden bei kachektischen Individuen, bei Individuen, die leichter als 50 kg sind und bei tiefem Dämmerschlaf gemacht. Die Dauer der Anästhesie beträgt im allgemeinen bei beiden Formen $^3/_4$ bis 1 bis $1^1/_2$ Stunde. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Schlimpert, Sakralanästhesie. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. B.*) 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.

Resultate: I. niedrige Anästhesien 114 Fälle, davon gute Anästhesien ohne Zugabe von Chloroformäther 54,4%, solche, bei denen wegen langedauernder Operation zuletzt noch Inhalationsnarkose zugegeben werden mußte 21%, Anästhesien die von Anfang an einen gewissen Zusatz von Äther oder Chloroform benötigten 13,2%, Versager 11,4%. II. hohe Anästhesien 342 Fälle, gute Anästhesien mit Entspannung ohne Zugabe von Inhalationsnarkose 46,5%, gute Anästhesien mit Entspannung, bei denen wegen langer Dauer Inhalationsnarkose zugegeben werden mußte, 21,3%, unvollkommene Anästhesien 25,6%, Versager 5,6%. Als störende Nebenerscheinung wurde eine 2—3 Stunden anhaltende starke Blässe, die mit Blutdrucksenkung verbunden ist, beobachtet. Der Hauptvorteil ist das Fehlen von Nachwirkungen, vor allem von Kopfschmerzen. Die Freiburger Frauenklinik hat seit Einführung der Sakralanästhesie folgende Indikationen für die Anwendung der einzelnen Narkosearten aufgestellt: für niedrige Operationen die niedrige Form der Sakralanästhesie, für kurz dauernde hohe Operationen, komplizierte Appendektomien usw.; Chloroformäther, für hohe Operationen an Frauen mit schwachem Herzen und sehr dicken Frauen, Lumbalanästhesie. Für alle übrigen Fälle hohe Sakralanästhesie. Autoreferat.

Baruch, D., La rachianesthésie. (Rachianaesthesie). Journal méd. de Bruxelles Jg. 18, Nr. 22, S. 205—208. 1913.

Verf. empfiehlt die Einspritzung von 1—1,5 ccm einer 4—5% Novokainlösung, nachdem man 10—15 ccm Cerebrospinalflüssigkeit abgelassen hat. Am selben Tage läßt er schon Nahrung nehmen. Bei starkem Kopfschmerz macht er eine Punktion von Cerebrospinalflüssigkeit oder eine Einspritzung von Serum. Die postoperativen Beschwerden der Stovaïneinspritzungen sollen nach Novokaineinspritzung nicht auftreten. *Daels* (Gent).

Hornabrook, R. W., A condemnation of the unnecessary use of chloroform as an anaesthetic. (Verurteilung des unnötigen Gebrauchs von Chloroform als Narkotikum.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 94, S. 1021—1022. 1913.

Chloroform darf nie als alleiniges Narkotikum verwendet werden. Für die meisten Operationen genügt Äther nach vorheriger Gabe kleiner Dosen von Morphium und Atropin. In manchen Fällen kann Chloroform als Hilfsnarkotikum noch dazugegeben werden; 30 Tropfen reichen dabei für eine Operation von $1^1/_2$—2 Stunden aus. Es dürfen nur Narkosen-Masken mit einer Lage Flanell, nie solche mit mehreren Lagen von Gaze verwendet werden, da es bei letzteren nicht möglich ist, die gefährliche Überkonzentration der Luft mit Chloroformdämpfen zu vermeiden. Die Beckenhochlagerung dient nur in mittleren Graden zur Unterstützung der Bauchdeckenentspannung; steilste Beckenhochlagerung bewirkt das Gegenteil, da hierbei die Bauchmuskeln passiv sehr stark angespannt werden. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Hornabrook, R. W., A plea for the more considerate treatment of patient and anaesthetist by the surgeon. (Antrag für rücksichtsvollere Behandlung von Patient und Narkotiseur durch den Chirurgen.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 93, S. 1009—1012. 1913.

Zum Referat ungeeignet. Es wird hauptsächlich über die Stellung der Narkotiseure

in England und Australien gesprochen, ferner über die Rücksichtslosigkeit der Operateure ihren Kranken und Angestellten gegenüber. *Ruhemann* (Berlin).

Driout, R., La mort post-opératoire par embolie pulmonaire. (Der Tod nach Operationen infolge Lungenembolie.) Rev. méd. de l'est, Bd. **45**, Nr. 1, S. 23—27. 1913.

Kurze Mitteilung von vier Fällen, die Verf. in den zwei letzten Jahren an Lungenembolie verloren hat. Es handelt sich um Exstirpation eines Lipoms, Radikaloperation nach Bassini, Naht einer Kniescheibe und supravaginale Amputation eines myomatösen Uterus mit gleichzeitiger Operation eines alten Narbenbruchs. Die Embolie trat am 6. bis 31. Tage nach der Operation auf, nach ungestörter Rekonvaleszenz ohne jede Vorboten.

Die Infektionstheorie der Thrombosen ist in diesen, wie in vielen anderen Fällen nicht zutreffend. Auch das Frühaufstehen der Operierten scheint keinen Schutz gegen Embolie zu sein. Wir stehen sowohl der Vermeidung wie der Heilung noch machtlos gegenüber, so daß trotz verbesserter Technik und Asepsis noch relativ häufig dieses unheimliche Ereignis eintritt. *Ruhemann* (Berlin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Hoge, M. D., Staining tubercle bacilli in urine. (Färben der Tuberkelbacillen im Urin.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 3, S. 68—69. 1913.

Verf. erwähnt die Schwierigkeit des Färbens und Findens der Tuberkelbacillen im Urin. Er beschreibt eine Methode, die ihm die besten Resultate gegeben hat. Der Urin wird in ein Sedimentglas mit wenig Tropfen Carbolsäure getan, damit Fäulniserzeugnis verhindert wird. Nachdem der Urin 6 Stunden gestanden hat, wird die überstehende Flüssigkeit sorgfältig abgegossen und das Sediment mit der Pipette in 2 Zentrifugengläser getan, destilliertes Wasser und 95 proz. Alkohol werden zugefügt, damit alle Salze aufgelöst werden. Das Sediment muß so 4- oder 5 mal ausgewaschen werden, um alle Spuren von Urin zu entfernen. Ein kleiner Rest von der Spitze des Reagenzglases wird auf ein Deckgläschen getan und ein Tropfen Eiweiß hinzugefügt. Es wird an der Luft getrocknet, 3 mal durch die Flamme gezogen und gefärbt mit Carbolmagenta, entfärbt auf die gewöhnliche Weise und wieder gefärbt mit Löfflers Methylenblau. Wenn man diese Färbung sorgfältig ausführt, wird man die Tuberkelbacillen leicht finden.

Zu beobachten ist, daß das destillierte Wasser vollständig einwandfrei sein muß. daß Smegmabacillen ausgeschlossen sein müssen und daß man daran denken muß, daß die Anwesenheit von Tuberkelbacillen im Urin nicht absolut notwendig für eine Tuberkulose des Urogenitalapparates spricht. *Weisswange* (Dresden).

Bauereisen, A., Über den Tuberkelbacillennachweis durch Meerschweinchenversuch. (*Univ.-Frauen-Klin., Kiel*). Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 23, S. **848** bis 851. 1913.

Verf. bespricht die neueren Versuche zur Beschleunigung des Tuberkelbacillennachweises durch Meerschweinchenimpfung. Das Verfahren von Oppenheimer (Injektion in die Leber des Tieres) hält auch er für gefährlich. Von den Vorteilen des Blochschen Verfahrens der Injektion in die Gegend einer gequetschten Kniefaltendrüse konnte er sich nicht überzeugen. Dagegen hat er gute Resultate erhalten mit der von Esch empfohlenen intracutanen Tuberkulininjektion nach P. Römer. Auf 0,02 g Tuberkulin reagieren die tuberkulösen Tiere prompt, die Reaktion ist schon vom 14. Tage nach der Injektion des verdächtigen Materiales vorhanden. Trotz seiner günstigen Erfahrungen rät Bauereisen zur Vorsicht, denn es liegen noch nicht genügend umfangreiche Erfahrungen mit der intracutanen Tuberkulininjektion vor, um sich bei der Frage einer notwendig werdenden Nephrektomie z. B. nur auf diese Reaktion zu verlassen. Bei zweifelhafter Reaktion rät er zur Autopsie des Tieres nach 4—6 Wochen. Als geeignetster Infektionsmodus erscheint ihm die subcutane Injektion des verdächtigen Materiales. *Gins* (Charlottenburg).

Bardswell, Noel D., Observations on „diagnostic" tuberculin. (Beobachtungen über diagnostische Tuberkulinanwendung.) Lancet Bd. **184**, Nr. 23, S. 1581—1583. 1913.

In 50 Fällen diagnostischer Tuberkulinanwendung trat 11 mal keine, 13 mal eine Herd- und 26 mal nur eine Allgemeinreaktion ein. Eingespritzt wurden 0,2, 1,3 und 5 Milligramm eines

eiweißfreien Tuberkulins. Die nicht reagierenden Patienten wurden als einer Behandlung nicht bedürftig entlassen. In 48% zweifelhafter Fälle konnte also durch das Tuberkulin eine einwandfreie Diagnose gestellt werden, in 52%, den nur allgemein reagierenden Fällen, brachte das Tuberkulin keine Aufklärung. Zweimal traten im Sputum Tuberkelbacillen auf, die sich früher nicht hatten nachweisen lassen und auch später nicht mehr zu finden waren.

Becker (Bonn).

Øverland, B., Untersuchungen mit v. Pirquets Reaktion. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. **20**, Nr. 3, S. 252—253. 1913.

König, Fritz, Neuere Gesichtspunkte in Diagnose und Therapie der chirurgischen Tuberkulose. (*Chirurg. Klin., Marburg a. d. L.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 24, S. 939—942. 1913.

Allgemeines über Geschwülste:

Lambert, Robert A., Comparative studies upon cancer cells and normal cells. 2. The character of growth in vitro with special reference to cell division. (Vergleichende Studien über Carcinomzellen und normale Zellen. 2. Der Charakter des Wachstums in vitro mit besonderer Berücksichtigung der Zellteilung.) (*Dep. of pathol., coll. of physic. and surg., Columbia univ., New York.*) Journal of exp. med. Bd. **17**, Nr. 5, S. 499—510. 1913.

In primären Kulturen in vitro zeigen Sarkomzellen eine größere Wachstumsenergie als Bindegewebszellen. In sekundären Kulturen findet sich bei beiden Zellarten das umgekehrte Verhalten. Bindegewebskulturen können leichter durch längere Perioden hindurch gezüchtet werden als Sarkomkulturen. Atypische Mitosen in verschiedenster Form werden nur in Sarkomzellen, nicht aber in Bindegewebszellen beobachtet.

*Isaac.*ᴹ

Albrecht, Paul und Georg Joannovics, Beiträge zur künstlichen Kultur menschlicher Tumoren. (*Chirurg. Klin., Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 20, S. 781—783. 1913.

Mit einer von den Angaben Carrels etwas abweichenden Technik versuchten Verff. die Kultur menschlicher Tumoren. Als Nährflüssigkeit diente das Plasma des bei der Operation des Tumorträgers aus einer Arterie gewonnenen Blutes, das nach Carrel mit destilliertem Wasser verdünnt wurde. Zur Kultur dienten kleine Eprouvetten, wie sie zu Agglutinierungsverfahren üblich sind. In diese wurden 10—20 Tropfen des verdünnten Plasmas gebracht und alsdann das Tumorstückchen eingetragen, das zunächst zu Boden sinkt, dann aber sich an das gerinnende Plasma heftet. Die Röhrchen wurden dann 4—5 Tage im Thermostaten bei 36° gelassen, hierauf nach Lösung des an der Wand der Eprouvette haftenden geronnenen Plasmas mit physiologischer Kochsalzlösung im Eisschrank gewaschen, dann Plasma und Tumor in 2 proz. Formalinlösung fixiert, gehärtet und in Serien geschnitten. Bei 3 Sarkomen und einem Hypernephrom war der Kulturversuch negativ. Dagegen zeigten unter 26 Carcinomen 5 (= 23,8%) ein positives Resultat. Es waren sämtlich Adenocarcinome, während Plattenepithelcarcinome versagten. Die Wachstumserscheinungen an den Tumoren bestehen in einer flächenhaften Ausbreitung der epithelialen Elemente über der Oberfläche des Gewebsstückes. Diese Zellen gehen von angeschnittenen Drüsenschläuchen oder soliden Epithelnestern aus, grenzen sich unscharf gegeneinander ab und lassen syncytienähnliche Gebilde zustande kommen. Mitosen waren nicht nachzuweisen. Daß es sich hier aber doch um Wachstumserscheinungen handelt, beweist die Tatsache, daß gleiche Vorgänge in verschiedenen Kulturflüssigkeiten (Kochsalzlösung, Ringersche Lösung, Ätherwasser usw.) ausblieben. *Carl Lewin* (Berlin).ᴹ

Caan, Albert, Therapeutische Versuche mit lokaler Thoriumchloridbehandlung bei Carcinommäusen und Sarkomratten. (*Kgl. Inst. f. exp. Therap., Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 20, S. 1078—1079. 1913.

Verf. spritzte Thoriumchlorid, das Spuren eines Mesothorium enthält, in 5 proz. Lösung jeden 2. Tag zu 0,75 ccm in Rattensarkome, in $2^1/_2$ proz. Lösung zu 0,5 in gleicher

Weise in Mäusecarcinome. 3 Versuchsreihen werden mitgeteilt. In der ersten wurden von 2 Mäusen eine geheilt, von 10 Ratten starben alle an Scabies, darunter 4, bei welchen der Tumor völlig verschwunden war. In der zweiten Reihe zeigen von 8 Mäusen 4 Nekrose des Tumors in verschiedenem Grade, von 9 Ratten 3 völlige Heilung. Von 6 Mäusen der dritten Reihe sind bei zweien die Tumoren fast ganz verschwunden, von 9 Ratten 3 völlig geheilt. *Carl Lewin* (Berlin).

Brown, W. Langdon, The non-operative treatment of malignant disease. (Die unblutige Behandlung bösartiger Krankheiten.) Med. rev. Bd. **16**, Nr. 6, S. 285—289. 1913.

Überblick über die unblutige Tumorenbehandlung. Als Krebsdiät gilt eine purinfreie Kost, Magerfleisch und heißes Wasser. Schlangenantitoxin soll Geschwülste günstig beeinflussen. Skeptische Bewertung der Radiotherapie. Da die Todesursache des Uteruscarcinoms meist nicht in dem Wachstum der Geschwulst begründet ist, sondern eine Folge septischer Komplikationen ist, so sollte man diese Kranken mit Vaccine behandeln. *Gräfenberg* (Berlin).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

McCann, F. J., A clinical lecture on some common mistakes in the treatment of the diseases of women. (Klinischer Vortrag über einige häufige Fehler in der Behandlung von Frauenleiden.) Clin. journal Bd. **42,** Nr. 8, S. 113—118. 1913.

Die Karunkeln der Urethra rezidivieren leicht, wenn sie nicht gründlich excidiert werden; die Entfernung mit dem Kauter kann eine Striktur zur Folge haben. Pruritus vulvae ist oft der Beginn von Carcinom; letztere Krankheit kann auch in der Gestalt von Warzen auftreten. Gummata dieser Gegend können mit Krebs verwechselt werden. Bei chronischem Fluor kann es sich um eine Bartholinitis handeln, in welchem Falle die Ausführungsgänge mit dem Messer zu schlitzen sind. Infizierte Cysten der Bartholinischen Drüsen können sich zeitweise entleeren, so daß der Befund trotz der Angaben der Kranken negativ ausfällt. Schmerzen, welche von Analfissuren und Hämorrhoidalknoten herrühren, können in der Vagina, Urethra und sogar im Uterus lokalisiert werden. Bei Harndrang denke man auch an Nierentuberkulose, Uretersteine und Cystitis infolge Infektion mit Bact. coli; in letzterem Falle verschwinden die Beschwerden prompt auf Serumbehandlung. Die akute Vaginalgonorrhöe sollte mit lokalen Auswischungen (mit Karbol oder Silbernitrat) und nicht mit Scheidenspülungen behandelt werden. Profuser Fluor, besonders bei sonst gesunden Virgines, kann einen Fremdkörper zum Erreger haben. Man denke an Impotenz des Gatten als eventuelle Ätiologie eines Vaginismus. Bei fixierten Retroflexionen und Rückwärtslagerungen der Nulliparen, welche infolge Beschwerden eine Behandlung indizieren, ist die Pessarbehandlung unangebracht; im ersteren Falle ist eine langdauernde antiphlogistische Behandlung mit Ichthyol und Jod, im letzteren eine lageverbessernde Operation angezeigt. In der Behandlung von Uterusinfektionen, ob durch Gonokokken, Staphylo- und Streptokokken oder Tuberkelbacillen, ob post partum oder post abortum ist die Anwendung der Curette wegen der Gefahr der Propagation der Infektion meistens verwerflich. Primäre Sterilität und Dysmenorrhöe mit spärlicher Menstruation werden durch die Curettage nicht gebessert. Vor einer jeden Anwendung der Curette ist eine genaue bimanuelle, eventuell recto-vaginale Untersuchung in Narkose am Platze, um eine eventuelle entzündliche Tubenaffektion, eine Tubengravidität oder eine Hämatocele nicht zu übersehen. Blutungen während und nach der Menopause erfordern unbedingt eine möglichst frühzeitige Feststellung der Diagnose, weil immer Carcinom angenommen werden muß, bis das Gegenteil erwiesen ist. Vor der Stellung der Diagnose Eierstocksentzündung überzeuge man sich, daß der Darm, rechts Appendix und Coecum, links der Beckenteil des Dickdarms, nicht die Ursache der Beschwerden ist. Bei doppelseitiger Salpingitis ist eine rationelle Therapie erst nach Feststellung

der Ätiologie möglich. Sind Anzeichen einer inneren Blutung vorhanden, so stelle man die Pat. vorläufig mit einem Narkoticum ruhig und gebe keine Kochsalzlösung subcutan oder per rectum, ehe die Blutungsquelle versorgt ist. Stieldrehung wird häufig mit Gallensteinkolik verwechselt; eine genaue gynaekologische Untersuchung in allen solchen Fällen schützt vor unangenehmen Überraschungen. Bei akuter Appendicitis, Perforationsperitonitis und Darmverschlingung reiche man keine Abführmittel; am besten sind Ruhe und heiße Umschläge. Obstipation bei älteren Frauen muß den Verdacht auf malignen Tumor in den unteren Darmpartien erwecken. *Hall* (Graz).

Gynaekologie.

Uterus:

Wood, Horatio C., The drug treatment of uterine hemorrhages. (Die Behandlung der Uterushämorrhagien mit Arzneimitteln.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 875—885. 1913.

Verf. verteidigt eingangs seiner Abhandlung die medikamentöse Behandlung der Uterushämorrhagien gegenüber der chirurgischen. Er nimmt an, daß Metrorrhagien auf zweierlei Weise zustande kommen: entweder durch Kongestionen im Endometrium oder durch ungenügende Koagulationsfähigkeit des Blutes. Deshalb wird man bei Kongestions-Metrorrhagien Medikamente anzuwenden haben, die unmittelbar auf die Gebärmutter wirken und zwar: Ergotin und seine drei Hauptbestandteile: das Ergotoxin als wirksamstes, das Tyramin und das Histamin. Mißerfolge bei der Anwendung des Ergotins wegen zu geringer Wasserlöslichkeit und Unbeständigkeit des Ergotoxins; das Fluidextrakt ist sehr rasch zersetzlich. Daher nur frisches Präparat, von den Apotheken datiert, zu beziehen. Die Hydrastis mit ihren zwei Hauptbestandteilen Hydrastin und Berberin, letzteres von sehr zweifelhafter Wirkung; deren Ersatzmittel Cortanin und seine Salze Stypticin und Styptol, billiger und von zufriedenstellender Wirkung. Ferner das Adrenalin und endlich noch das Pituitariumextrakt der Hypophysisdrüse als Erreger von heftigen Kontraktionen, wenn intramuskulär injiziert, per os (ebenso wie Adrenalin) versagend. Von den hämostyptischen Mitteln der zweiten Gruppe bespricht Verf. ausführlich die Gelatine, die wegen Tetanusgefahr nur beststerilisiert und an Meerschweinchen geprüft zu injizieren ist; ihre Wirkung per os ist sehr zweifelhaft. Ferner kann man Calciumsalze als Hämostypticum versuchsweise anwenden und endlich tierisches bzw. menschliches Blutserum, ev. frisches Diphtherie-Antitoxin in Höhe von 15—30 ccm pro dosi injiziert; gewarnt wird vor Rinderserum. *Lohfeldt.*

Werder, X. O., The cautery in the radical treatment of cancer of the cervix. (Die Kauterisation bei der Radikalbehandlung des Cervixkrebses.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 5, S. 579. 1913.

Nachtrag und Korrektur zu dem gleichnamigen Artikel in demselben Journal (März 1913, vgl. dieses Zentralbl. Bd. **1**, S. 674), in den eine unrichtige ältere Tabelle geraten war, und damit eine falsche Statistik. 3 als lebend registrierte Fälle waren noch ad exitum gekommen. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Rawls, Reginald M., Cancer of the uterus. (Der Gebärmutterkrebs.) Med. record Bd. **83**, Nr. 20, S. 892—896. 1913.

Verf. bespricht zunächst die Übertragbarkeit von Mäuse- und Rattencarcinomen auf andere Tiere und die Möglichkeit der Erhaltung menschlicher Krebszellen außerhalb des Körpers. Dann stellt er an der Hand von Statistiken fest, daß das Carcinom im allgemeinen, speziell aber das der Verdauungsorgane im Zunehmen begriffen ist, während Uteruscarcinome eher weniger vorkommen. Was die Ätiologie der letzteren betrifft, so beschuldigt er hauptsächlich die Schwangerschaft und Geburt für das Auftreten derselben. Nach Besprechung der Symptomatologie der Gebärmutterkrebse empfiehlt Verf. vor allen Dingen die Curettage mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung des Gewebes zur Sicherung der Diagnose. Für operable Fälle werden die radikalen Operationsmethoden nach Wertheim und Schauta empfohlen, für inoperable Cervixamputationen, Kauterisation, Radium- und Röntgenstrahlen. *Burk* (Stuttgart).

Kennedy, J. W., Cancer as a surgical problem. (Das Problem des Krebses in der Chirurgie.) Med. council Bd. **18,** Nr. 5, S. 212—213. **1913.**

Die mit der operativen Behandlung der Krebse erzielten Resultate sind vollkommen entmutigend. Rezidive treten auch häufig noch nach 5 Jahren auf. Operationen mit hoher primärer Mortalität wie z. B. die Wertheimsche Operation, sind zu verwerfen. Man mache daher bei Portiocarcinom nur die vaginale Hysterektomie und trage bei Carcinoma mammae den Pectoralis nicht mit ab. Eine Besserung der Erfolge ist nur durch frühzeitige Operation und speziell beim Portiocarcinom durch eine sorgfältige Geburtsleitung, die alle Verletzungen an der Cervix repariert, zu erhoffen. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Berczeller, Imre, Palliative Behandlung inoperabler Portiocarcinome mit Zuckerstaub. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 23, S. 852. 1913.

Der Autor glaubt in der Behandlung inoperabler Portiocarcinome mit Zuckerstaub eine ungemein reinliche, bequeme und dabei sehr wirkungsvolle Methode der Palliativbehandlung gefunden zu haben. Als Vorteile derselben hebt er das Schwinden des üblen Geruches, des Ausflusses, die Abnahme der Blutung sowie die Besserung des Aussehens und des Kräftezustandes hervor. Technik der Behandlung, die auch als präparatorische vor der Operation empfohlen wird: Einstellung und Trocknung der Portio im Röhrenspeculum, Füllung desselben bis zur Hälfte mit Zuckerstaub der mit einem Jodoformgazestreifen eingeschoben und zurückgehalten wird. Behandlung wird täglich oder 1—3 mal wöchentlich wiederholt. *Moraller* (Berlin).

Pollosson, Aug., et H. Violet, Le chorio-épithéliome malin. (Chorionepithelioma malignum.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Jg. **40,** Nr. (5), S. 257 bis 279. 1913.

455 Fälle von Chorionepitheliom sind in dieser Arbeit zusammengestellt; darunter 7 eigene. 203 traten auf nach Molenschwangerschaften, 135 nach Aborten, 99 nach Geburten, 12 nach Tubenschwangerschaften und 6 sind zweifelhafter Ätiologie. Man sieht aus diesen Zahlen, welche große Rolle die Molen dabei spielen. Blutungen, Ausfluß, Schmerzen, Anämie, Albuminurie; bei vorgeschrittenem Stadium: Fieber, Pigmentationen der Haut und Pruritus, Metastasen in der Vagina, in den Lungen und im Gehirn sind die Haupterscheinungen des Chorionepithelioms. Wichtig ist die frühzeitige Diagnose und sofortige Operation. Therapeutisch kommt in Betracht die abdomimale Totalexstirpation, womöglich mit Zurücklassung wenigstens eines Ovariums. *Klein* (Straßburg i. E.).

Donald, Archibald, and W. Fletcher Shaw, Retroflexion of the uterus. (Retroflexio uteri.) Practitioner Bd. **90,** Nr. 6, S. 961—967. 1913

Unter 188 Frauen mit Retroflexionsbeschwerden fanden Verff. 101 Anteflexionen und 87 Retroflexionen des Uterus. Von 267 aufeinander folgenden Kranken wurden 230 = 86% durch Ausschabung geheilt oder bedeutend gebessert; unter diesen waren 75 Fälle mit Retroflexio uteri, von denen 66 = 88% geheilt oder bedeutend gebessert wurden.

Verff. empfehlen stets erst eine Ausschabung bei den an Retroflexionsbeschwerden leidenden Frauen zu machen und erst, wenn diese nach Monaten ohne Erfolg geblieben ist, eine fixierende Operation des Uterus auszuführen. *Schäfer* (Berlin).

Neuhof, Harold, An operation for ventrosuspension by the round ligaments. (Eine Ventrosuspensionsoperation an den runden Mutterbändern.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. 22, S. 1701. 1913.

Zur Vermeidung von Adhäsionsbändern näht Neuhof die Ligg. rotunda vom Leistenkanal bis dicht zum Uterushorn mit Catgut ihrer ganzen Länge nach an Peritoneum und Fascia transversalis der vorderen Bauchwand.

3 Fälle mit gutem Resultat, davon einer trotz stattgehabter Geburt. *Mathes* (Graz).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Jacobs, Papillome primitif de la trompe. (Primäres Papillom der Tube.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23,** Nr. 9, S. 247—248. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von primärem Papillom der Tube, das, wenn die Frau nicht 49 Jahre und bereits ihre Menopause eingetreten gewesen wäre, für eine Extrauteringravidität hätte gehalten werden können. Es wurde vaginal samt dem Uterus exstirpiert, der im Corpus und im Collum sekundäre Wucherungen hatte. *Penkert* (Halle a. S.).

Bell, W. Blair, Le funzioni delle glandole genitali senza dotto nella donna. (Die Funktion der weiblichen Keimdrüse ohne Ausführungsgang.) Riv. med. Jg. **29,** Nr. 22, S. 602—603. 1913.

Nichts Neues über die innere Sekretion des Ovariums und über die Wechselbeziehungen desselben zu den anderen Drüsen mit innerer Sekretion. Bell tut den Ausspruch: „propter secretiones internas totas, mulier est quod est." *Colombino* (Mailand).

Le Jemtel, Kyste dermoïde de l'ovaire, du poids de 18 kilogr. (18 kg schwere Dermoidcyste des Ovariums.) Année méd. de Caen Jg. **38,** Nr. 6, S. 303 bis 304. 1913.

Im allgemeinen erreichen Dermoidcysten im Gegensatz zu gewöhnlichen Ovarialcysten, die mitunter enorm groß werden können, nur eine geringe Größe. Le Jemtel berichtet über einen in der Literatur einzig dastehenden Fall einer Dermoidcyste des Ovariums von 18 kg Gewicht.

Es handelt sich um eine 58jährige Frau, die mit 27 Jahren geheiratet und mit 30 Jahren ein gesundes Kind geboren hat. 14 Tage nach der Entbindung bemerkte sie einen etwa eigroßen Tumor im Unterleib, der als Eierstocksgeschwulst gedeutet wurde. Die mehrfach vorgeschlagene Operation wurde trotz des dauernd wachsenden Tumors immer abgelehnt, bis die Beschwerden sowohl im Sitzen wie im Liegen unerträglich wurden. Der Tumor wurde entfernt, die Frau genaß. Die ganze Geschwulst bestand aus einer soliden, käseartigen Masse von der Konsistenz und Farbe von Kitt. Sie enthielt ferner eine große Menge langer, verfilzter Haare. *Eckert* (Dortmund).

Massabuau, G., et E. Étienne, Le cancer primitif de l'ovaire. (Über primäres Ovarialcarcinom.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **20,** Nr. 3, S. 225 bis 362. 1913.

250 Fälle, die sorgfältig aus der gesamten Literatur zusammengetragen und denen eigene Fälle zugefügt sind. Hinsichtlich der Frequenz zeigt sich, daß das Ovarialcarcinom 0,07% aller gynäkologischen Erkrankungen und 4,8% aller Ovarialtumoren bildet. Über bevorzugtes Alter, Menstruationsverhältnisse, Vererbbarkeit und die makroskopische Anatomie hat sich nichts Neues feststellen lassen. Das Ovarialcarcinom ist meist einseitig; aber das zweite Ovar wird sehr früh sekundär ergriffen, ebenso wie auch zu den andern Beckenorganen bald Beziehungen sich bilden. Besonders frühzeitig beteiligen sich die regionären Lymphdrüsen. Nach den mikroskopischen Untersuchungen teilen die Autoren ein: 1. Atypisches Ovarialcarcinom, und zwar alveoläres und Cylinderzellencarcinom. 2. Groß-zellzelliges Carcinom (Epithéliomas à cellules claires). Wahrscheinlicher Ausgangspunkt das Keimepithel. 3. Chorioepithelialzellencarcinom, entweder teratoiden Ursprungs oder sich nach einer Eierstockschwangerschaft entwickelnd. 4. Luteinzellencarcinom, geht von versprengten Nebennierenkeimen oder vom Corpus luteum aus. Die Betrachtungen hinsichtlich Symptome, Komplikationen und Diagnosestellung ergaben keine neuen Gesichtspunkte. Als Therapie wird nur die abdominelle Radikaloperation empfohlen, die stets mit der Ausräumung der regionären Lymphdrüsen zu verbinden ist. *Moos* (Breslau).

Carr, W. P., Case of adeno-carcinoma of the right ovary, developing later in the left. Operations, recovery. (Adenocarcinom des rechten, später auch des linken Ovariums; Operationen, Heilung.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18,** Nr. 4, S. 91—92. 1913.

In einer Bauchhernie nach Appendicitisoperation entstanden Schmerzen, verbunden mit Stuhlverhaltung; starker Ascites. In der Annahme von Adhäsionsbeschwerden Operation: Entfernung eines großen, cystischen Ovarientumors der rechten Seite, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Adenocarcinom herausstellte. Nach $^3/_4$ Jahren wiederum starke Anschwellung des Leibes bei schlechtem Allgemeinbefinden. Es fand sich jetzt auf der linken Seite ein genau gleicher Tumor. Da Zeichen eines lokalen Rezidivs auf der rechten Seite fehlten, auch sonst kein Tumor gefunden wurde, so nimmt Verf. an, daß es sich um eine neue Primärgeschwulst handelte, zumal die Entwicklung eines so großen Tumors der linken Seite in Abhängigkeit von der rechten sich schon bei der ersten Operation gezeigt haben würde. *Rittershaus* (Coburg).

Kynoch, J. A. C., Pelvic haematocele from rupture of a blood cyst of ovary. (Beckenhämatocele infolge Ruptur einer Blutcyste des Ovarium.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23,** Nr. 5, S. 304—307. 1913.

Kurze Anführung der bisher beobachteten Erkrankungen der inneren Genitalien, welche außer der eklopischen Gravidität zur Hämatocele retrouterina und zur inneren freien Blutung führen können mit Bericht über einen selbst beobachteten Fall, in welchem

es durch Blutung in eine Ovarialcyste und Ruptur dieser Cyste sowohl zur Hämatocele wie auch zu freien inneren Blutung gekommen war.

38jährige V para — seit letztem Partus vor 5½ Jahren Periode mit 3—6 wöchentlichen Pausen und praemenstruellen Schmerzen. Nach 2 monatlicher Amenorrhöe 7 tägige Periode und 14 Tage später brauner Fluor, der mit 6 Attacken von wehenartigen Schmerzen 4 Wochen bis zur Operation anhielt. Angesichts der Anamnese und eines Zitronengroßen cystischen Tumors rechts vom Uterus Laparotomie, welche den oben erwähnten Befund ergab. Keine Stieltorsion. Keine mikroskopischen Anzeichen für eine Ovarialgravidität. *Vaßmer.*

Stevens, T. G., A clinical lecture on salpingo-oöphoritis. (Über Salpingo-oophoritis; eine klinische Vorlesung.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 9, S. 129 bis 136. 1913.

Salpingitis und Oophoritis kommen stets gemeinsam vor und nehmen ihre Entstehung von im Genitalkanal aufsteigenden Infektionen. In weitaus den meisten Fällen handelt es sich um Gonorrhöe; Strepto-Staphylokokken und Bact. coli sind selten und meist sekundär. Die Gonorrhöe lokalisiert sich mit Vorliebe in Urethra und Cervix; von letzterer aus entstehen innerhalb mehrerer Wochen die entzündlichen Veränderungen an den Adnexen. Selten wird der Zeitpunkt der peritonealen Infektion richtig erkannt; man spricht fälschlich von Appendicitis, Parametritis, Ovaritis. Es entstehen Hydro- oder Pyosalpinx; baldige Verklebungen des Fimbrienendes und ausgedehnte Adhäsionen verhindern meist eine peritoneale Infektion, im Gegensatz zu den puerperalen Erkrankungen, die rasch auf dem Lymph- und Blutwege fortschreiten. Der Eiter der Tubensäcke wird bald steril, wie die guten Resultate von Adnexoperationen beweisen, bei denen ein Platzen des Sackes vorkam. — In akuten Fällen Bauchdeckenspannung und Schmerzen unterhalb des Nabels; es bildet sich ein gallertartiges Exsudat, das sich bald organisiert, in seltenen Fällen vereitert, was durch länger dauernde Temperaturerhebungen angezeigt wird. Entweder Genesung in 3—4 Wochen oder chronischer Verlauf mit wechselnden Beschwerden. Differentialdiagnostisch ist gegenüber der Appendicitis die auf beiden Seiten vorhandene Druckschmerzhaftigkeit zu betonen, ausschlaggebend freilich oft nur die vaginale Untersuchung in Narkose. Geplatzte Tubargravidität mit fortschreitender Blutung ist wohl nimmer zu erkennen. Beckenzellgewebsentzündungen sind Folgen von Geburt oder Abort. Nur die Fälle, bei denen das Exsudat akut vereitert, werden operiert; von einer vaginalen Incision aus Vordringen bis an den Herd, Doppeldrain, um die Höhle spülen zu können. Sonst meist symptomatisch: Heiße Umschläge, elektrische Lichtbäder, Aspirin, Morphium, Sorge für regelmäßige Blasenentleerungen. In chronischen Fällen abdominale Operationen, bei denen möglichst konservativ verfahren werden soll. *Ritterhaus* (Coburg).

Bauchorgane:

Santucci, Aleardo, La sutura razionale del piano profondo nel processo Bassini. (Die rationelle Naht der tiefen Muskellage bei der Bassinischen Bruchoperation.) (*Sped. della misericordia, Montevarchi.*) Clinica chirurg. Jg. **21**, Nr. 4, S. 778—786. 1913.

Nach Leistenbruchoperationen pflegt es leichter zur Infektion zu kommen als z. B. bei Schenkelbruchoperationen. Nach Ansicht des Verf. liegt das daran, daß die Knopfnähte, durch welche der M. obliquus internus und M. transversus am Lig. Poupartii befestigt werden, eine Nekrose dieser Muskelränder hervorrufen, und sie dadurch geeigneter für eine Invasion von Mikroorganismen machen. Selbst wenn es nicht zur Eiterung kommt, wirkt diese Nekrose dadurch ungünstig, daß sich die Muskelränder mit dem Poupartschen Bande nicht vereinigen, sondern daß es zur Bildung eines bindegewebigen Strangs zwischen Ligament und Muskelrändern kommt. Hierdurch wird die Festigkeit der tiefen Narbe beeinträchtigt. Santucci schlägt deswegen vor, die Vereinigung der Muskelränder mit dem Lig. Poupartii nicht durch Knopf- sondern durch Matratzen- oder, wie er sie nennt, durch U-Nähte zu bewerkstelligen. Nach der üblichen Freilegung des Samenstrangs wird derselbe zur Seite gehalten, und dann die erste Naht folgendermaßen angelegt. Einstich durch die Aponeurose des M. obliquus externus, 2 cm von seinem Schnittrande, dann durchdringt die Nadel den M. obliquus internus und transversus 1 cm von ihrem Rande, dann das Lig. Poupartii, nun geht die Nadel in umgekehrter Richtung neben dem letzten Einstich durch das Poupartsche Band nach oben bis zum M. obliquus externus heraus. Dann werden die Seidenfäden der Nadel geknüpft, wodurch die tiefe Muskellage ohne Zerrung und Schnürung an das Lig. Poupartii herangebracht wird. Auf dieselbe Weise werden die weiteren Nähte (2) angelegt. Dann kommt der Samenstrang unter die Aponeurose des M. obliquus externus, über ihr wird diese sowie die Haut vernäht. *Herhold.*CH

Reclus, Paul, L'ernia e gli infortuni del lavoro. (Hernie und Unfall.) Gaz. med. lombarda Jg. **72**, Nr. 22, S. 170—172. 1913.

Ein Arbeiter von 62 Jahren war mit einem schwerbeladenen Schubkarren beschäftigt; beim Umschütten spürte er plötzlich einen Schmerz in der rechten Inguinalgegend, er arbeitete

trotzdem weiter, auch am nächsten Tag 3 Stunden. Infolge der Schmerzen verließ er die Arbeit und ging zu Fuß zum Arzt, der eine Hernie konstatierte. Das Gericht lehnte Unfall ab, da der Arbeiter noch weiter arbeiten konnte, seiner Ansicht nach handelte es sich um Disposition, um „Hernienkrankheit", nicht um traumatische Hernie. *Berberich* (Karlsruhe).

Hay, S. M., General septic peritonitis. (Allgemeine septische Peritonitis.) Canad. journal of med. a. surg. Bd. **33**, Nr. 2, S. 134—141. 1913.

Es soll so zeitig als irgend möglich operiert werden; jede Stunde Verzögerung erhöht die Mortalität. Der Infektionsherd soll so schnell und so einfach wie möglich ohne großes Trauma entfernt werden. Die Hauptmasse des Sekretes soll mit feuchten, kleinen Stieltupfern herausgewischt werden. Es soll dann eine große Schürze mit Drainrohr und sterilem Gazestreifen ins Becken placiert werden; Kochsalzeingießung in die Bauchhöhle nach der Operation ist empfehlenswert. *Hannes* (Breslau).

Trendelenburg, Paul, Eine neue Methode zur Registrierung der Darmtätigkeit. (*Pharmakol. Inst., Univ. Freiburg i. B.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **61**, H. 2/3, S. 67—72. 1913.

Das Prinzip der neuen Methode beruht darin, daß die Bauchhöhle des Tieres als „Wasserbad" für den in situ belassenen Darm benutzt wird.

In eine Öffnung der Bauchdecken wird wasserdicht ein Schlot (5 cm langes Glasrohr) eingenäht; in dessen unteren Abschnitt wird eine Dünndarmschlinge vorgezogen, und die Bauchhöhle wird mit körperwarmer Ringerlösung ausgefüllt. Das dauernd von der Ringerlösung umspülte Darmstück wird mit dem die Bewegungen registrierenden Hebel verbunden. *Roubitschek* (Karlsbad).[M]

Andrews, C. L., Appendix abscesses discharging pus into the urinary tract. (Appendicitische Abscesse mit Eiterdurchbruch in den Urintraktus.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17**, Nr. 20, S. 499—502. 1913.

Verf. berichtet über 4 Fälle, wo der Eiter eines appendicitischen Abscesses sich durch den Harntraktus einen Weg nach außen bahnte. Sämtliche 4 Fälle wurden durch Operation behandelt.

Charakteristisch sind unbestimmte Leibschmerzen, oft von der Kindheit an, sehr langer Appendix und chronischer Verlauf, bis sich der appendicitische Eiter seinen Weg in die Blase oder in eine andere Stelle des Harntraktus bahnt. Es ist wichtig bei allen Leibschmerzen unbestimmter Natur sowohl eine genaue mikroskopische Urinuntersuchung, als auch eine cystoskopische Untersuchung vorzunehmen. *Weißwange.*

Cazin, Maurice, De l'utilité de l'examen du sang dans les cas douteux d'appendicite aiguë au point de vue du diagnostic et des indications opératoires. (Über die Nützlichkeit der Leukocytenzählung bei zweifelhaften Fällen von Appendicitis puncto Diagnose und Indikation zur Operation.) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24**, Nr. 8, S. 122—126. 1913.

Die akute Appendicitis auch ohne Eiterbildung ist gewöhnlich begleitet von einer deutlichen Vermehrung der Leukocyten (10 000—15 000). Die Leukocytenzählung kann in zweifelhaften Fällen für die Diagnose ausschlaggebend sein. In den leichten Fällen erreicht die Vermehrung der Leukocyten höchstens 20 000 im Beginn, die Zahl fällt am anderen Tage gewöhnlich auf 10 000—12 000. Die einige Tage dauernde Hyperleukocytose deutet auf das Vorhandensein eines Abscesses, die Zahl der Leukocyten beträgt in diesen Fällen 30 000—45 000. In den veralteten Fällen mit Abkapselung des Eiters kann unter Umständen die Leukocytose recht gering sein. *Monnier* (Zürich). CH

Pauchet, Victor, Les fausses appendicites chroniques. (Pseudoappendicitis chronica.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 19, S. 296—298. 1913.

Jede Untersuchung des Magendarmkanals ohne radiologische Prüfung ist unvollständig. In vier Fünfteln aller Fälle ist die Diagnose „Chronische Appendicitis" irrtümlich. Es handelt sich um chronische Epiploitis, Coecum mobile, Typhlatonie, Lanesche Knickung oder Pericolitis membranacea. Führen alle Verfahren nicht zu einer klaren Diagnose, so genügt nicht der kleine Wurmfortsatzschnitt und die Appendixexstirpation, sondern man gehe in ausgiebigem Medianschnitt unterhalb des Nabels ein und nehme nach autoptischer Prüfung den indizierten Eingriff vor. *zur Verth* (Kiel).[CH]

Taliaferro, E. C. S., Acute intestinal obstruction. (Akuter Darmverschluß.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17**, Nr. 20, S. 509—511. 1913.

Aufzählung der bekanntesten zu diesem Kapitel gehörigen ätiologischen und differentialdiagnostischen Tatsachen. *Michael* (Leipzig).

Green, Robert M., Foster S. Kellogg and Peter L. Harvie, Spastic paralytic ileus. (Spastischer, paralytischer Ileus.) (*Boston city hosp.*) Boston med. a. surg. journal Bd. **168**, Nr. 16, S. 580—582. 1913.

Krankengeschichten zweier Fälle, bei denen einmal nach Blinddarmoperation und das andere Mal nach Operation einer Retroflexio uteri der Tod unter den Erscheinungen eines schweren Darmverschlusses eingetreten war; eine hochgradige Schädigung des Dünndarms durch Zerrung und Lösung von Verwachsungen hatte bei der Operation stattgefunden. Als Todesursache fand sich ein tonischer Kontraktionsring der glatten Muskulatur des Dünndarms; oberhalb dessen der Darm stark gebläht war. Als Grund des Verschlusses nimmt Verf. eine Schädigung des Auerbachschen und Meissnerschen Plexus an und warnt vor jeder operativen Schädigung des Dünndarms durch Druck oder Zerrung, während der Dickdarm nicht so gefährdet erscheint. *Kaerger* (Berlin).CH

Cautley, Edmund, The diagnosis of acute abdominal conditions in children. (Die Diagnose akuter abdominaler Erkrankungen im Kindesalter.) Brit. journal of childr. dis. Bd. **10**, Nr. 113, S. 193—202. 1913.

Nur durch das Zusammenwirken eines erfahrenen Internisten und Chirurgen ist in schwierigen Fällen zu erzielen, daß einerseits nicht unnötigerweise operiert wird, andererseits ein lebensrettender Eingriff nicht zum Nachteil des Patienten verschoben wird. *Ibrahim* (München).K

Beck, Bernhard v., Spätzustände nach Dickdarmausschaltung durch Enteroanastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea (Ileosigmoidostomie). (*Städt. Krankenh., Karlsruhe.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 2, S. 339—346. 1913.

Beck berichtet über seine Resultate bei 52 Fällen von Dickdarmausschaltung durch die Anastomosis il. flex. sigmoid. wegen chronischer ulceröser Kolitis (26), chronischer Perikolitis und Darmverlagerung (6), ausgedehnter Tuberkulose (10) und inoperablen Koloncarcinoms (10). 3 Exitus innerhalb der ersten 4 Wochen nach Operation (Peritonitis, Pneumonie, Thrombose); bei den 49 überlebenden Fällen gute Anastomosenfunktion, keinerlei Ausfallserscheinungen durch die Dickdarmausschaltung. Lebensdauer der Carcinomkranken noch 4—12 Monate. Auffallend gute Dauerresultate ergaben die Fälle von selbst ausgedehnter Tuberkulose des unteren Ileum, Coecum und Kolon (zweizeitiges Operationsverfahren: Exstirpation des tuberkuloseerkrankten Ileum- und Coecumabschnitts, Nahtverschluß des Colon-ascendens-Stumpfs und Lagerung des Ileumstumpfes vor die Bauchwunde; nach 4—6 Wochen Anlegung einer Anastom. il. flex. sigmoid. und Ausschaltung des noch tuberkuloseinfiltrierten Colon ascendens und transversum): 1 Exitus 3 Jahre post op. an aufsteigender Darmtuberkulose, Dickdarm ausgeheilt; 2 Exitus 6 und 8 Jahre post op. an Lungenphthise, Darmtuberkulose ausgeheilt; von den übrigen 7 sind 6 beruflich völlig tätig. (4 bis 10 Jahre post op.) Von den 32 wegen Colitis chron., Perikolitis und Dickdarmverlagerung mit Dickdarmausschaltung behandelten Fällen traten in 6 Fällen nach 1 bis 5 Jahren wieder Störungen der Darmfunktion in Gestalt allmählich zunehmender Verstopfung, relativem Darmverschluß oder retrograder Kotstauung auf (6 Frauen, 0 Männer). Bei 3 Fällen war der Dickdarmausschaltung eine Appendicostomie mit Spülmethode ohne Erfolg vorausgegangen. Bei 3 Fällen (2 davon 4 Jahre beschwerdefrei) wurde ein zweiter operativer Eingriff nötig (retrograde Kotstauung; sackartige Ausweitung des Rectum oberhalb Sphincter tertius und Kotstauung bis Mitte Colon transversum; Spasmen im Ileum- und Jejunumgebiet). Verf. empfiehlt bei chronischer Kolitis und Perikolitis, Tuberculosis coli und schweren Funktionsstörungen des Dickdarms die Ausschaltung des Dickdarms durch Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea unter Verschluß des abführenden Ileumschenkels, den er durch Invagination ins Coecum versetzt. Bei Neigung zu Darmspasmen und erhöhter Retroperistaltik — eine Eigenart des weiblichen Geschlechts — ist das Ileum mit der Flexura sigmoidea End-zu-End zu vereinigen und der proximale Stumpf der durchtrennten Flexura sigmoidea als Schleimfistel vorzulagern oder in zweiter Zeit das Kolon zu exstirpieren. *Blezinger* (Stuttgart).CH

Rodella, A., Bericht über klinische und experimentelle Ergebnisse über Darmfäulnis im Jahre 1912. (*Dr. Rodellas Sanat. f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankh., Venedig.*) Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **19**, H. 3, S. 348—355. 1913.

Harnorgane:

Joly, J. Swift, Three unusual cases of renal tumor, with a discussion of the operative treatment of the condition. (Drei ungewöhnliche Fälle von Nierentumor mit einer Besprechung ihrer operativen Behandlung.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 6. Surg. sect. S. 186—198. 1913.

Verf. bespricht im Anschluß an den Bericht über 3 ausgedehnte Nierentumoren die verschiedenen Wege des operativen Vorgehens: 1. Partielle Nephrektomie, 2. einfache Nephrektomie, 3. einfache Nephrektomie mit Entfernung des perirenalen Fettgewebes, 4. Entfernung der Niere mitsamt ihrer Fettkapsel und der suprarenalen Kapsel, 5. Entfernung der Niere, des perirenalen Fettgewebes, der suprarenalen Kapsel, der Lymphgefäße und der Drüsen in ihrer ganzen Masse. Letzteres Verfahren empfiehlt Verf. für die malignen Tumoren. Die lymphatischen Organe, die durch die malignen Zellen leicht infiziert werden, verlassen die Niere am Hilus, gehen durch das perirenale Fett und enden in den neben der Aorta liegenden Drüsen. Diese Drüsen liegen rechts auf der Vorderfläche der Vena cava, links hart an der linken Seite der Aorta. Auch das Fascienblatt, in dem das perirenale Fett eingeschlossen ist, muß entfernt werden. Die zweckmäßigste Schnittführung ist: T-förmiger Schnitt. Vertikal: parallel und hart entlang der Linea semilunaris, die Mitte dieses Schnittes reicht bis zur Höhe des Nabels. Eröffnung des Abdomens unter Schonung der Nerven zur Orientierung über die Ausdehnung des Tumors und ev. Metastasierung. Horizontal: von der Mitte des 1. Schnittes nach außen und oben lumbalwärts bis zur zwölften Rippe ungefähr ein Zoll unterhalb und vor ihrer Spitze. *Baetzner* (Berlin).[CH]

Versé, Cystenniere. (Med. Ges., Leipzig. Sitzg. vom 20. Mai 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, S. 1409. 1913.

Cystennieren, links: 26 : 15 : 8 cm, rechts: 30 : 15,5 : 9,5 cm groß. Vorher keine urämischen Erscheinungen. Bei einer 1½ Jahre vorher aus anderer Ursache vorgenommenen Laparotomie war eine große Cyste der linken Niere exstirpiert worden. Die Differentialdiagnose schwankte jetzt zwischen Kompression des Ductus choledochus und carcinomatöser Striktur des Gallenganges. Ehe eine Operation vorgenommen werden konnte, starb Pat. infolge apoplektischen Insults. Gleichzeitig fanden sich auch in der Leber zahlreiche Cysten. *Runge.*

Scheffzek, Pyonephrose. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 869—872. 1913.

Kasuistik. Beschreibung dreier Fälle, bei denen jedesmal eine Pyonephrose gynaekologische Affektionen vortäuschte und die infolgedessen differentialdiagnostische Schwierigkeiten boten. *Zinsser* (Berlin).

Voelcker, Nierentuberkulose. 24. Kongr. d. dtsch. Ges. f. Chirurg. Berlin, 26. bis 29. III. 1913.

Voelcker tritt ebenfalls energisch für die operative Behandlung der Nierentuberkulose ein. Denn wenn auch die Herde oft nur klein seien, so sei eine Heilung eines circumscripten Knotens kaum möglich und führe allmählich im Laufe von Jahren zur käsigen Einschmelzung der gesamten Niere. Nur ausnahmsweise sollte man unter dem Drucke äußerer Verhältnisse konservativ verfahren, dann aber stets nur unter genauer Berücksichtigung der Funktion der erkrankten Niere. *Katzenstein* (Berlin).[CH]

Ware, Martin W., Debatable factors in the surgical discipline of reno-ureteral tuberculosis. (Streitfragen der Nierentuberkulose-Chirurgie.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 140—143. 1913.

Zusammenstellung einiger noch nicht gänzlich geklärter Fragen, wie Nachweis der Tuberkelbacillen im Urin, Versorgung des Nierenstumpfes, weiteres Schicksal des Ureters usw. ohne prinzipiell Neues. *v. Lobmayer* (Budapest).[CH]

Legueu, Valeur comparative des opérations dans la chirurgie rénale calculeuse. (Vergleich der verschiedenen Operationen bei Nierensteinen.) (*Hôp. Necker.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24**, Nr. 6, S. 81—84. 1913.

Pleschner, Hans Gallus, Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der malignen Hypernephrome. (*Chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 1, H. 4, S. 309—374. 1913.

Courtade, Denis, Influence du spasme de l'uretère dans la pathogénie des paralysies vésicales d'origine neurasthénique action des courants galvano-faradiques. (Einfluß des Urethralspasmus in der Pathogenese der Blasenparalysen neurasthenischen Ursprungs, behandelt mit galvanisch-faradischen Strömen.) Clin. prat. méd.-chirurg. et spéc. Jg. **9**, Nr. 3, S. 56—59. **1913.**

Der Urethralspasmus, dessen Sitz meistens der Sphincter externus ist, kommt bei Neurasthenikern in zwei Formen vor, einmal als reflektorischer Spasmus, bedingt durch ganz geringfügige, für den Normalen gleichgültige Reize; zum anderen, wenn der Patient aus Furcht vor Inkontinenz seinen Sphincter fortwährend kontrahiert; die Miktion tritt dann spät und langsam ein, setzt aus, ja es tritt Retention auf, die sich mit Inkontinenz paaren kann. Zur Behandlung dienen galvanisch-faradische Ströme, positiver Pol auf dem Damm. Stromstärke von 5 Milliampères, sehr schwache faradische Ströme. Zwei Beobachtungen an einem 24jährigen Pianisten und einem 10jährigen Jungen illustrieren das Krankheitsbild und die günstigen Erfolge dieser Therapie, Heilung nach 8, bzw. 6 Sitzungen. *Schmidt* (Würzburg).CH

Richardson, Edward H., Tuberculosis of the urinary system in women. (Die Tuberkulose des weiblichen Harnsystems.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17**, Nr. 23, S. 578—584. 1913.

Primäre tuberkulöse Infektion der weiblichen Blase durch die Harnröhre ist ein extrem seltenes Ereignis, desgleichen die hämatogene Infektion der Blase. Gelegentlich, allerdings dann immer erst sehr spät, kann ein direktes Übergreifen des tuberkulösen Prozesses von einer kranken Tube, von einem kranken Hüftgelenk oder vom Darm aus stattfinden. Bei der Nierentuberkulose ist zu unterscheiden die akute miliare und die chronisch lokalisierte Form. Bei der chronischen Form ist zu unterscheiden die massive, die käsige und die ulceröse Form der Phtise. Amploide Degeneration und chronische Nephritis sind häufig mit der Tuberkulose vergesellschaftet. Im Ureter und im Nierenbecken tritt die Tuberkulose ebenfalls in drei Formen in die Erscheinung, nämlich als granuläre, als oberflächlich ulceröse und als massive infiltrative Form. Die Erscheinungsformen der Blasentuberkulose sind folgende drei: granuläre Form, tiefe Ulcera und schließlich völlige Zerstörung durch ausgedehnte und konfluierende Ulcera. Von Symptomen verdienen eine diagnostische Würdigung die Polyurie, ferner der häufige Urindrang und die schmerzhafte Miktion und drittens die Hämaturie. Vor der Operation ist genaueste Funktionsprüfung der gesunden Niere erforderlich, wozu das Cystoskop von Keller bei der Frau empfehlenswert ist. Zur Diagnose heranzuziehen ist auch noch genaueste Harnuntersuchung und die Radiographie und die Tuberkulinreaktion. Nach Entfernung der kranken Niere gehen namentlich bei geeigneter lokaler Behandlung die Blasensymptome meist völlig und prompt zurück. Ist die Nierentuberkulose kompliziert durch Schwangerschaft, so soll bei einseitiger Affektion die kranke Niere exstirpiert und die Schwangerschaft nicht unterbrochen werden; ist die Erkrankung doppelseitig, so soll unverzüglich der Abort eingeleitet werden. *Hannes* (Breslau).

Pilcher, Paul M., Tumors of the bladder, a note on the present day methods of treatment. (Die Tumoren der Blase. Bemerkungen über die gegenwärtigen Behandlungsmethoden.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 147 bis 151. 1913.

Die Einführung der Cystoskopie hat die frühzeitige Diagnose der Blasentumoren ermöglicht und zugleich Aufschlüsse gegeben durch die Beobachtung ihres Wachstums. Bis vor 5 Jahren bestand die Behandlung maligner Tumoren lediglich in ausgedehnter Blasenresektion. Trotzdem rezidivierten die Geschwülste sehr häufig und der Zustand solcher Patienten mit derartigen Rezidiven war ein überaus trauriger. Die Einführung der Behandlung mit dem hochgespannten Strom hat darin eine große Umwälzung gebracht. Verf. führt 3 Fälle an, von denen der eine nur mit hochgespanntem Strom geheilt wurde, die beiden anderen nach ausgedehnten Resektionen Rezidive bekamen,

die dann auch mit hochgespanntem Strom dauernd zerstört wurden. Er bekennt sich nach seinen Erfahrungen als absoluter Gegner der Resektionen und empfiehlt dringend die Behandlung der malignen Blasentumoren mit hochgespannten Strömen.

Kotzenberg (Hamburg).[CH]

Baumm, Blasenfisteloperation. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 883. 1913.

Die am Blasenhals gelegene, für einen Finger durchgängige Fistel war so ungünstig am hinteren Rand der Symphyse fixiert, daß sie nur teilweise dem Auge zugängig gemacht werden konnte. Daher Ablösung der Fistel vom Knochen in folgender Weise: Bogenschnitt längs des Schambogenrandes über die Klitoris hinweg. Anfang und Ende des Schnittes lagen etwa in halber Höhe der Vulva. Die seitlichen Schenkel des Schnittes lagen zwischen großen und kleinen Schamlippen. Von diesem Bogenschnitt aus wurden die Schambeine an der untern und hintern Seite von sämtlichen Weichteilen befreit, so weit, bis die Fistel samt angrenzenden Blasenpartien vom Knochen losgelöst war. Dadurch sank der Blasenboden so weit herab, daß nunmehr die Fistel unter Zuhilfenahme einer Scheidendammincision gut für Auge und Messer zugängig wurde. *Zinsser* (Berlin).

Furniss, Henry Dawson, Preliminary report upon the use of indigocarmine intravenously as a test of the renal function. (Vorläufige Mitteilung über die intravenöse Anwendung von Indigocarmin zur Funktionsprüfung der Nieren.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 5, S. 568—569. 1913.

Verf. empfiehlt die intravenöse Einspritzung von Indigocarmin in 0,3 proz. Lösung und in einer Menge von 5—10 ccm, welche gegenüber der intramuskulären Einverleibung für den Pat. weniger schmerzvoll sei und zuverlässigere, sowie gleichmäßigere Resultate erzielen lasse, da der Übelstand der im einzelnen Fall außerordentlich veränderlichen Resorptionszeit von seiten der Muskeln in Wegfall kommt. Bestimmungen über die quantitative Ausscheidung in bestimmten Zeitintervallen wurden nicht gemacht. *Hagen* (Nürnberg).

Burchard, A., Die röntgenologische Nierendiagnostik. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 3, S. 244—288. 1913.

Verf. gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung der röntgenologischen Nierendiagnostik. Im besonderen werden dabei berücksichtigt die Tumoren, Lageanomalien, pathologische Veränderungen der Nierenbeckenform mit ihren verschiedenen Ursachen, speziell auch der Tuberkulose. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Keene, F. E., The value of pyelography in the diagnosis of surgical diseases of the kidney. (Der Wert der Pyelographie bei der Diagnose chirurgischer Nierenerkrankungen.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 8, S. 616 bis 620. 1913.

Auf Grund der Erfahrungen an 50 Fällen von Pyelographie schildert Keene die Technik der Pyelographie mit 10proz. Kollargollösung als ungefährlich; der Katheter soll, um starke Schmerzen zu vermeiden, nur 15 cm weit in Blase und Ureter eingeführt werden. Beim Einführen bis ins Nierenbecken entstehen leicht kolikartige Schmerzen. Besonders wertvoll ist die Pyelographie bei der Dilatation des Ureters und Nierenbeckens. Gleichmäßige Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche spricht für Verschluß des Ureters oder des Ausgangs der Niere durch einen Stein, ungleichmäßige Erweiterung für entzündliche Veränderungen wie Tuberkulose. Entzündliche Veränderungen im Ureter sind auch auf diese Weise zu diagnostizieren. Die Hydronephrose läßt sich sicherer durch die Pyelographie als durch alle anderen Methoden erkennen. Bei Verdacht auf Steine ist es empfehlenswert, vor der Pyelographie erst eine Röntgenaufnahme zur Kontrolle zu machen und dann zum Vergleich die Pyelographie heranzuziehen. Sehr gut lassen sich durch diese Methode auch Uretersteine von Phlebolithen entlang des Ureters differenzieren, da durch die Kollargolinjektion sich ein dichterer Schatten um den Stein herum erzielen läßt und ihn so deutlicher hervorbringt. Ebenso ist die Methode brauchbar für die Diagnose der Ren. mobilis, da durch vergleichende Aufnahmen in liegender und sitzender Stellung auf eigens vom Verf. konstruiertem Tisch sich das Heruntersinken der Niere veranschaulichen läßt. Auch bei Tumoren der Niere und angeborener Cystenniere bewirken die Torsionen des Nierenbeckens oder die Gestaltung der Nierenkelche bei mindestens ein Drittel der Fälle typische Kennzeichen, Kompression oder Retraktion der Nierenkelche je nach der Richtung des Wachstums

der Tumoren. Die Pyelographie ist eine Ergänzung der anderen nierenfunktionellen Untersuchungsmethoden und muß nur im Verein mit ihnen angewandt werden. — *Penkert* (Halle a. S.).

Heyninx, Präzisionsureometer (Harnstoffmesser) zur Bestimmung des Harnstoffgehaltes im Harn, im Blute und in der Cerebrospinalflüssigkeit. Über die Größe der Nieren- und Lebertätigkeit. (*Krankenh.-Laborat., Brüssel.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **51,** H. 5, S. 355—368. 1913.

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Leigh, Southgate, Is obstetrics surgery? (Ist Geburtshilfe Chirurgie?) Virginia med. semi-monthly Bd. **18,** Nr. 4, S. 81—83. 1913.

Verf. weist auf die Notwendigkeit hin, jede Geburt vom Standpunkt der A- und Antisepsis als „großen chirurgischen Fall'' aufzufassen. Demgemäß kann auch nur der Geburtshilfe treiben, welcher in der Atmosphäre der chirurgischen Reinlichkeit „großgeworden ist". Aus den einzelnen Vorschriften des Verf. sei nur erwähnt, daß er jeder Untersuchung eine vaginale antiseptische Spülung, außer der Desinfektion der Vulva, vorausgeschickt wissen will, und eine Sterilisierung der Kleidung der Kreißenden, der Handtücher, Unterlagen, kurz alles dessen, was mit der Patientin in Berührung kommt, verlangt. Gummihandschuhe sind nur für den Geburtshelfer entbehrlich, welcher systematisch sich freihält von jeder Berührung mit Eiter und infektiösen Fällen bzw. hier prinzipiell Gummihandschuhe trägt. *Vaßmer* (Hannover).

Schwangerschaft:

Polano, Zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose. (Bayrische gynaekol. Ges. Sitzg. v. 9. II. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Bd. **37,** H. 6, S. 857—858. 1913.

Polano hat mit dem Dialysierverfahren meist einwandfreie, bisweilen aber auch bei Nichtschwangeren positive, bei Schwangeren negative Resultate erhalten. P. läßt unentschieden, wie weit diese Mißerfolge in der Schwierigkeit der Technik oder in der Unsicherheit des Verfahrens selbst begründet sind. Die Reaktion könne nicht als eine ausgesprochen placentare bezeichnet werden, da alle fötalen Organe drüsiger und nichtdrüsiger Natur, ebenso wie Fruchtwasser und fötales Serum mit Schwangerenserum kombiniert die Reaktion ergeben. Daher könnten ebensogut wie Placentarelemente auch ausgeschiedene Stoffwechselprodukte des Foetus, die durch die Placenta hindurchgehen, als Quelle der mütterlichen Serumveränderung angesprochen werden. P. konnte weiter Unterschiede im Hämolysierungsvermögen von Schwangeren- und Nichtschwangerenserum verschiedenem Tierblut gegenüber feststellen. Das Schwangerenserum ist reicher an Hämolysin. Gekochte Placenta und einzelne fötale Organe, besonders die Lunge, wirken auf die Erythrocyten Schwangerer stärker auflösend als auf die Nichtschwangerer. *Zinsser* (Berlin).

Neumann, Julius, Über fermentähnliche und Fermentreaktionen des Blutserums während der Gravidität. (*F. Spiegler-Stiftg., Wien.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **50,** H. 5/6, S. 347—361. 1913.

Verf. Untersuchungen beruhen auf einer Prüfung der oxydativen und reduzierenden Eigenschaften des Blutserums in den verschiedenen Monaten der Schwangerschaft. Als Vergleichsobjekt wurde das Serum von nichtgraviden Frauen und von Männern und Nabelschnurserum Neugeborener verwendet. Im ganzen kam das Serum von 500 Individuen zur Untersuchung. Verf. prüfte das Verhalten des Blutserums gegen Adrenalin. Zu 0,2 ccm Serum werden 0,8 ccm einer 0,85 proz. Kochsalzlösung und 0,2 ccm Adrenalin (1 prom. Adrenalinlösung; Tonogen suprarenale Richter) gegeben; das Serum ist imstande, Adrenalin in ein gefärbtes Oxydationsprodukt zu verwandeln. Die Ergebnisse lassen sich zusammenfassen: Das menschliche Blutserum ist imstande, Adrenalin zu einem gefärbten Produkt zu oxydieren; in der Schwangerschaft ist die

oxydierende Kraft des Blutserums gesteigert. Das Nabelschnurserum besitzt eine weitaus geringere oxydative Kraft. Die Oxydation des Adrenalins durch Serum verläuft unter dem Bilde der Fermentreaktion; sie könnte auf den Gehalt von Polyphenoloxydasen zurückgeführt werden. Welche Rolle hierbei metallischen Katalysatoren zukommt, bleibt vorläufig noch offen. Der erhöhte Oxydationswert des Serums Gravider steht im Einklang mit der „Pigmentreaktion" Gravider, die dadurch verständlicher wird. Versuche mit Serum, dem Methylenblaulösung zugesetzt wurde, ergaben, daß Nabelschnurblutserum erhöhte Kraft besitzt, Methylenblau zu reduzieren. Es finden sich also im mütterlichen und kindlichen Serum sowohl oxydierende als reduzierende Fermente; im mütterlichen Serum gelangen die oxydierenden, im kindlichen die reduzierenden Fermente zu intensiverer Reaktion. — In einer dritten Reihe wurden die Seren auf ihre diastatische Kraft geprüft (1 ccm einer 1 proz. Arrowrootstärkelösung zu 0,5 ccm Serum). Es ergab sich, daß das Nabelschnurblutserum eine überaus geringe diastatische Kraft im Gegensatz zum mütterlichen Serum besitzt. *Engelhorn.*[M]

La diagnosi biologica della gravidanza. (Die biologische Schwangerschaftsdiagnose.) Morgagni, II. Jg. **55**, Nr. 21, S. 321—326. 1913.

Grundlagen der Abderhaldenschen Schwangerschaftsdiagnose und Technik des optischen und des Dialysierverfahrens. *Colombino.*

Maccabruni, F., Contributo alla migliore conoscenza dei metodi di Abderhalden applicati alla sierodiagnosi della gravidanza. (Beitrag zur besseren Kenntnis der Abderhaldenschen Methoden der Serodiagnostik der Schwangerschaft.) (*Istit. ostetr.-ginecol. di perfez., Milano.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. **35**, Nr. 5, S. 486—523. 1913.

Sowohl das optische als auch das Dialysierverfahren hat der Verf. bei normaler und pathologischer Schwangerschaft, bei Extrauterinschwangerschaft, bei gesunden und kranken Wöchnerinnen, bei Abort und Frühgeburt, bei Nichtschwangeren, bei Männern, mit fötalem Serum, mit Fruchtwasser und mit Cerebrospinalflüssigkeit nachgeprüft. Seine Resultate faßt er folgendermaßen zusammen: 1. Die Abderhaldensche Reaktion ist für die Serodiagnostik der Schwangerschaft von größtem Wert. 2. Die Reaktion erscheint bei Beginn der Schwangerschaft und dauert an bis wenigstens 2 Wochen nach Eintritt der Geburt oder des Aborts. 3. Krankheiten in der Gravidität oder im Wochenbett scheinen keinen Einfluß auf die Reaktion zu haben. 4. Bei Blasenmole bleibt die Reaktion positiv. 5. Bei bestehender oder erst seit kurzem unterbrochener Extrauterinschwangerschaft ist die Reaktion deutlich positiv. 6. Bei Nichtgraviden und bei Männern, ob gesund oder krank, ist die Reaktion negativ. 7. Das fötale Serum kann hie und da Placentargewebe auflösen und positive Reaktion geben. 8. Die Spinalflüssigkeit Schwangerer gibt keine Reaktion. 9. Öfters kann man eine positive Reaktion erlangen, wenn man fötales Serum mit dem Serum der Mutter oder einer anderen Schwangeren vermischt. 10. Das Fruchtwasser und der fötale Harn können eine positive Reaktion geben, nicht infolge Anwesenheit von Fermenten, jedoch durch etwa vorhandene dialysierbare Substanzen. *Klein* (Straßburg i. E.).

Petri, Über die Spezifität der gegen Placenta gerichteten Schutzfermente des Schwangerenserums. (Bayrische gynaekol. Ges. Sitzg. v. 9. Febr. 1913.) Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. **37**, H. 6, S. 859—862. 1913.

Petri prüfte einmal, ob das Schwangerenserum auch imstande ist, anderes Eiweiß als Placentareiweiß abzubauen. Es wurde deshalb die Einwirkung von Serum auf frisches und koaguliertes Eiereiweiß im Dialysierversuch untersucht, jedesmal mit negativem Resultat. Dagegen zeigten Schwangerensera gegenüber Seidenpepton eine starke Abbaufähigkeit. Von Seren Nichtschwangerer gab einmal das einer Carcinomkranken und einmal das einer Tuboovarialcyste positiven Abderhalden. Von der Überlegung ausgehend, ob nicht bei der Lues die Spirochäte als im Blut kreisendes blutfremdes Protoplasma Fermentbildung auslöse, untersuchte P. dann ferner die Seren von Luetischen und fand die Seren unbehandelter Fälle negativ, die von 3 behandelten Fällen dagegen

stark positiv. P. schließt aus seinen Versuchen, daß das Schwangerenserum nicht die Fähigkeit besitzt, jedes beliebige andere Eiweiß wie das placentare abzubauen. Eine Ausnahme hiervon macht das Seidenpepton, jedoch hat Gruber auch im Serum Nichtschwangerer Seidenpepton abbauende Fermente nachweisen können. Die Fähigkeit, Placentargewebe abzubauen, besitzt jedoch das Schwangerenserum nicht allein, sondern sie kommt unter gewissen Bedingungen auch noch anderen Seren zu. *Zinsser.*

Schiff, Erwin, Ist das Abderhaldensche Dialysierverfahren differential-diagnostisch verwertbar? (*Physiol. Institut d. Univ. Halle.*)15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Nach Schilderung der möglichen Fehlerquellen, die von seiten des Untersuchers begangen werden können, bestrebt sich der Autor, an Hand seiner Untersuchungen den Beweis zu erbringen, daß bei strenger Einhaltung aller Kautelen, die Abderhaldensche Reaktion vom differentialdiagnostischen Standpunkt aus eine ganz besondere Bedeutung besitzt. Es wurden 49 Fälle untersucht. Die klinische Diagnose war in keinem Fall bei Anstellung der Reaktion bekannt. Zwischen den untersuchten Fällen befanden sich frühzeitige und fortgeschrittene Gravidität, Klimakterium, Tumoren der Genitalien und der Adnexe, Eklampsie, Abortus, Puerperium usw. In allen Fällen von Gravidität fiel die Reaktion immer positiv aus, ferner war die Reaktion immer negativ dort, wo keine Schwangerschaft vorlag, mit Ausnahme von 2 Fällen, wo die Sera nicht einwandfrei waren (Hämolyse, langes Stehen bei Zimmertemperatur). Das Verhalten von Schwangernserum gegenüber Carcinomgewebe ist in 12 Fällen untersucht worden. In allen Fällen fiel die Reaktion negativ aus. Autoreferat.

Mayer, A., Über die therapeutische Anwendung von normalem Schwangerenserum. (Med.-naturwiss. Ver. Tübingen. Sitz. vom 10. Febr. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, S. 1411. 1913.

Verf. berichtet zuerst über einen Vorschlag, Schwangerschaftstoxikosen mit dem Serum normaler Schwangerer zu behandeln, und dann über die Erfolge bei Schwangerschaftsdermatosen und Eklampsie auf Grund dieses Gedankens. Bei der Eklampsie ist er von den intravenösen Injektionen des Serums zur intraduralen Anwendung übergegangen. Er ging dabei von dem Gedanken aus, daß die vollentwickelte Eklampsie dem Bilde schwerster Vergiftung des Zentralnervensystems entspricht. Die im Serum zugeführten Gegengifte müssen daher am wirksamsten sein, wenn man das Serum durch intradurale Injektion direkt an das Zentralnervensystem heranbringt. Ein weiteres Gebiet für die Serumtherapie scheinen die septischen Erkrankungen, vor allem das Puerperalfieber zu sein. Da manche Wöchnerinnen hämolytische Streptokokken in ihrem Lochialsekret beherbergen, ohne selbst zu erkranken, so darf man theoretisch annehmen, daß ihr Serum die Bedeutung des Rekonvaleszentenserums hat. In 3 Fällen zeigte sich, daß dieser Gedanke Aussicht auf Erfolg hat. Weiterhin wurde das Serum mit gutem Erfolge angewendet zur Heilung gynaekologischer Blutungen und Anämien. Die Erfahrungen über Serumbehandlung der Melaena sind noch gering. *Runge* (Berlin).

Wolff, Bruno, Über fetale Hormone. Rostock, Habilitationsschr. 1913. 54 S. (Jena, Fischer.)

Bei dem Studium der Hormone im Embryonalleben werden die chemischen Einwirkungen der Keimzellen bei der Befruchtung, die entwicklungsmechanische Bedeutung innerer Sekrete des Fetus, ferner die wechselseitigen Beeinflussungen von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und endlich die Beziehungen fetaler Hormone zur Geschwulstlehre eingehend erörtert. Aus weitgehenden Literaturstudien wird der Nachweis zu führen versucht, daß der Chemotropismus der Keimzellen und die chemische Entwicklungserregung vielleicht eine Hormonenwirkung sein kann. Ebenso wie es eine Schwangerschaftsreaktion des mütterlichen Organismus durch fetale Stoffe gibt, findet man beim Fetus eine Schwangerschaftsreaktion fetaler Organe durch Stoffe der Mutter. Ein einwandsfreier Beweis für die direkte Abhängigkeit der Geschlechtscharaktere vom spezifischen Sekret der Geschlechtsdrüsen ist noch nicht erbracht.

Es ist nicht sicher, ob die Keimdrüsen und die Nebennieren schon im intrauterinen Leben funktionieren. Schilddrüse und Hypophyse haben unter physiologischen Bedingungen für das intrauterine Leben keine Bedeutung, nur unter gewissen pathologischen Verhältnissen üben sie auch im fetalen Leben eine Funktion aus. Wir haben bisher nur wenige positive Anhaltspunkte für die Annahme eines Einflusses der innersekretorischen Drüsen des Fetus auf seine Entwicklung. Die Organe sind sicherlich funktionstüchtig, werden aber aus ihrem Ruhestadium nur durch pathologische Reize erweckt. Vielleicht wird die Entwicklung des Kindes durch Hormone mütterlicher Organe, wie des Uterus, der Ovarien, Schilddrüse usw. beeinflußt. Als eine Folge der fetalen Hormone werden eine Reihe von Schwangerschaftsveränderungen bei der Mutter gedeutet, so die Veränderung der Brustdrüse, der Geburtseintritt, die Schutzfermente Abderhaldens, die Vermehrung des Antitrypsins im mütterlichen Blut und die Schwangerschaftstoxikosen. Eine Hormonenwirkung von Blastomen mit embryonalem Gewebe ist vielleicht die vorzeitige Pubertätsentwicklung der Geschwulstträger. Es ist bekannt, daß die Gravidität das Wachstum der Blastome beeinflußt.

Gräfenberg (Berlin).

Rosenbloom, Jacob, The biochemistry of the female genitalia. 4. On the absence of certain enzymes from the human chorion. (Die Biochemie der weiblichen Genitalien. 4. Über das Fehlen gewisser Enzyme im menschlichen Chorion.) (*Laborat. of biochem., univ. Pittsburgh, Pa.*) Biochem. bull. Bd. **2**, Nr. 6, S. 236—237. 1913.

Verf. berichtet von seinen Studien über die Enzyme des menschlichen Chorions, über die noch keine näheren Angaben gemacht worden sind, während die Enzyme der Placenta schon öfter studiert wurden. Verf. stellte sich aus einer Menge von 10 g Chorion einen wässerigen und einen Glycerolextrakt her und prüfte diese dann auf Enzyme. Aus der aufgestellten Tabelle geht hervor, daß beide Extrakte frei waren von Amylase, Sukrase, Maltase, Laktase, Lipase, Peptidase, Freptase und Protease. Demnach scheint es, daß entweder die Enzyme, die in der Placenta gefunden sind, in einer verhältnismäßig späten Zeit gebildet werden oder daß die Decidna serotina die Enzyme erzeugt, die später in der Placenta auftreten. *Friedrich* (Breslau).

Gammeltoft, S. A., Untersuchungen über den Stickstoffwechsel während der Gravidität. (*Physiol. Inst., kgl. tierärztl. u. landwirtschaftl. Hochsch., Kopenhagen.*) Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. **28**, H. 4/6, S. 325—432. 1913.

Untersuchungen über die Stickstoffbilanz trächtiger Tiere (Ratten, Kaninchen, Hunde, Ziegen) ergaben, daß die Schwangerschaft zwar eine Stickstoffablagerung bedingt, welche aber bei konstantem, nicht zu reichlichem Futter im allgemeinen kleiner ist als der Verlust, den der Mutterorganismus durch den Aufbau der Frucht erleidet, so daß die Schwangerschaft meist mit einem Stickstoffverlust endet. Möglicherweise könnte bei uneingeschränkter Nahrungsaufnahme ein Überschuß in der Stickstoffanlagerung des Mutterorganismus erzielt werden. Auffallend ist eine im 2. Viertel der Schwangerschaft einsetzende negative Phase der Stickstoffbilanz. Die Diurese ist in der Schwangerschaft gesteigert. Das Verhältnis der ausgeschiedenen Harnstoffmenge zum Gesamtstickstoff liegt in physiologischen Grenzen. Die Ausscheidung von Ammoniak, Aminosäuren, Polypeptiden und Kreatin ist gesteigert. Die Schwankungen der Harnsäureausscheidung liegen innerhalb physiologischer Grenzen. Die Hippursäuremenge ist herabgesetzt. Die Ursache der veränderten Ausscheidung der stickstoffhaltigen Abbauprodukte ist in der Leber zu suchen; doch sind die Veränderungen zu geringfügig, um bei der normalen Gravidität an eine pathologisch-anatomisch nachweisbare Degeneration der Leber zu denken. *Novak* (Wien).

Rudaux, P., Diététique obstétricale. (Diätetik der Schwangerschaft.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 4, S. 214—216. 1913.

Auch in normaler Gravidität ist zu beachten: Bevorzugung der Gemüse, eine (gebratene) Fleischmahlzeit täglich, Vermeidung von toxinehaltigen Speisen (Wild,

Konserven, Schalentieren, Pilzen, Wurstwaren), gegen Ende der Schwangerschaft Vermeidung von Säuren oder Speisen, die Säurefermente im Verdauungskanal bilden. — Bei toxischen Erscheinungen (Erbrechen, Pruritus, Albuminurie): kein Rotwein, bloß weißes Fleisch, sonst Milch- und vegetarische Diät. — Bei Albuminurie: Milchdiät, Vichywasser. — Bei Anzeichen von Eklampsie: 24—48 Stunden Wasserdiät, Thonon- oder Evianwasser, dann Milchdiät. — Bei chronischen Herz- oder Nierenleiden: salzlose Milch- und Vegetabiliennahrung. — Am Tage der Entbindung: Flüssige Nahrung. Nachher Vermeiden schwerer Speisen, der Kohlsorten, des Wildes, der Gewürze und Reizmittel. — Für die Amme: kein Wild, Spargel, Kohl, Knoblauch, Zwiebeln, Kaffee, Alkohol. Anzuempfehlen sind Calcium bicarbon. haltende Mineralwässer. Keine Überernährung! Zwischen 2 Mahlzeiten 5 Stunden Pause! *Mohr* (Berlin).

Krüger, Warzenpflege in der Schwangerschaft. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 867. 1913.

Bei nicht vorbehandelten Fällen sind in 60% die Warzen beim Stillen nicht wund geworden. Bei den vorbehandelten Fällen dagegen nur in 54%. Außerdem ist das Konto der Vorbehandelten noch mit einer beginnenden Mastitis belastet. Verf. erklärt daher eine besondere Warzenpflege in der Schwangerschaft zum mindesten für überflüssig. Er glaubt aber außerdem beobachtet zu haben, daß Manipulationen an den Warzen in der Schwangerschaft zu vorzeitigem Eintritt der Geburt führen können. *Zinsser* (Berlin).

Franco, P. M., Sulla nidazione dell' uovo umano e sulla fisiologia del trofoblasta. (Die Implantation des menschlichen Eies und Physiologie des Trofoblast.) Arch. ital. di ginecol. **16,** S. 86—88. 1913.

Als Vorstudium kontrollierte Franco die cyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut nach Hitschmann-Adler und konstatiert gleich ihnen 1. das Ruhestadium (in der Mitte zwischen den beiden aufeinanderfolgenden Menstruationen), 2. das prämenstruelle, 3. das menstruelle und 4. das postmenstruelle Stadium. Auch den Fragen nach der Ursache der Menstruation geht er nach und vertritt die Ansicht, daß sie nicht den Abort des unbefruchteten Eies darstelle, sondern gleichzeitig mit dem Bersten des Graafschen Follikels und durch diesen Reiz ausgelöst werde. — Das Ei braucht 20 Tage für seine Wanderung und kommt befruchtet in das Uteruscavum, wo dann die Schleimhaut im prämenstrualen Zustande gerade die besten Bedingungen für die Nidation biete. Die Fragen der Ansiedelung des Eies hat er an einem jungen spontan abgegangenen menschlichen Ei studiert und schließt sich völlig den Anschauungen v. Peters und v. Spee an, daß das Ovulum durch Gewebsschmelzung in die tieferen Schichten der Schleimhaut und damit also in eine Art Cavum hineingelangt. Die weitere Entwicklung innerhalb der Mucosa hat er an einem Ei, das 10 Tage nach der ausgebliebenen Regel durch Abrasion gewonnen wurde, und anderem Abortmaterial nachuntersucht. Er beschreibt dann die Bildung der spezifischen Trofoblastschicht, die nach Ausbildung von Zotten als doppelte Epithelschicht diese bedeckt: den Langhans- und den Syncitium-Zellen. Um diese Zellschicht herum geraten die Zellen der Decidua in einen degenerativen Zustand, während gerade die fötalen Elemente proliferieren und sich in das materne Gewebe als ein geschlossener Mantel vorschieben: Ei von ca. 25 Tagen. — Dadurch, daß die Fötalzellen Balken und Sprossen ausschicken, andere Sprossen dagegen wieder im Wachstum zurückbleiben, kommt es zur Bildung der intervillösen Räume, von denen aus eine Lymphresorption für die Einahrung sorgt. Erst nach Einschmelzung und hyaliner Degeneration der Zwischengewebe kommt es zur Arrosion von Blutgefäßen resp. Capillaren und damit zur Schaffung von Kommunikationen zwischen mütterlicher Blutbahn und intervillösen Räumen und damit schließlich zur definitiven Ernährungsweise des Eies. Dieses Stadium ist etwa in der 7.—8. Woche abgeschlossen. *Fuchs* (Breslau).

Tassius, Placentarinfarkt und intrauterine Unterernährung. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 869. 1913.

Frühgeborenes, stark unterernährtes Kind. Die Ursache der Unterernährung sieht Tassius in einem die Hälfte der Placenta einnehmenden weißen Infarkt. *Zinsser* (Berlin).

Scherer, A., Lehet-e irányadó a bakteriologiai vizsgálat a vetèlések kezelésében. (Kann und soll die bakteriologische Untersuchung in der Abortentherapie maßgebend sein?) (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Orvosi Hetilap Jg. **57**, Nr. 18, S. 337—340. 1913.

Verf. untersuchte 60 poliklinisch behandelte fieberfreie Abortfälle bakteriologisch. Im Lochialsekret fand er:

Hämolytische Streptokokken	8 mal	24
(Reinkultur 7 mal, schwache Hämolyse + Staphylokokken 1 mal)		
Nichthämolytische Streptokokken.	16 „	
Staphylokokken	20 „	
Bacterium coli	2 „	
Pseudodyphtherie	1 „	
Verschiedenes	4 „	
Steril	9 „	
	Summe 60 mal.	

Der Vorschlag Winters ist für die Praxis nicht akzeptabel, weil 1. die Resultate der bakteriologischen Untersuchungen keinen positiven Fingerzeig geben, 2. in den meisten Fällen der Arzt wegen starker Blutung gerufen wird und die zur bakteriologischen Untersuchung nötigen 2—3 Tage nicht abgewartet werden können. Vielmehr muß man aus dem klinischen Krankheitsbilde beurteilen, ob aktive oder passive Therapie eingesetzt werden soll. 3. Aus sozialen Grüuden ist gegenüber Winter zu erwähnen, daß die Behandlungsdauer durch seine Methode bedeutend verlängert wird. 4. In der Praxis ist das ganze Verfahren sehr umständlich; die Beurteilung und Behandlung der Fälle mit hämolytischen Streptokokken, besonders aber ihre Kontrolle mittels wiederholter Impfungen ist in der Hand des praktischen Arztes direkt undurchführbar.

Frigyesi (Budapest).

Jacobs, Grossesse extra-utérine avortée. (Tubenabort.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 9, S. 245—246. 1913.

Bei einer 22jährigen Nullipara Diagnose: Appendicitis. Bei der Laparotomie seit einigen Tagen sich abspielender Tubenabort. *Penkert* (Halle a. S.).

Jacobs, Récidive de grossesse extra-utérine rompue. (Wiederholte geplatzte Tubenschwangerschaft.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 9, S. 246—247. 1913.

Vor $1^1/_2$ Jahren waren wegen geplatzter linksseitiger Tubengravidität die linken Adnexe unter schwierigen Verhältnissen exstirpiert. Die rechten Adnexe in starren Adhäsionen waren zurückgelassen. Erneute geplatzte Eileiterschwangerschaft nach einjährigem Wohlbefinden der Kranken. Die Tube war sehr gewunden, so daß das befruchtete Ei nach Ansicht des Verf. schwer an den Windungen vorüber in den Uterus gelangen konnte. *Penkert* (Halle a. S.).

Cornell, Edward L., A case of blood transfusion in ectopic pregnancy. (Ein Fall von Bluttransfusion bei ektopischer Schwangerschaft.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 5, S. 577—578. 1913.

Bei einer 22jährigen Patientin, die in extremis wegen einer geplatzten Extrauterinschwangerschaft operiert war, trat am Tage nach der Operation eine Verschlechterung auf. Puls 140, Atmung bis 60. Nachdem Kochsalzinfusionen keine Besserung gebracht, wurden der Patientin aus der Armvene ihres Mannes nach der Methode von Curtis 750 ccm Blut transfundiert; nach 500 ccm trat eine Veränderung und Besserung des Pulses, wie überhaupt des ganzen Allgemeinbefindens ein. Heilung. Verf. tritt für die Bluttransfusion ein in Fällen schwerer Blutverluste und schweren Shocks und zwar vor oder während der Operation.

Penkert (Halle a. S.).

Jacobs, Grossesse extra-utérine interstitielle. (Interstitielle Extrauteringravidität.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **23**, Nr. 9, S. 245. 1913.

34jährige Frau, vor $4^1/_2$ Jahren normaler Partus, kein Abort. Periode regelmäßig. 12 Tage nach der letzten Periode bräunlicher Ausfluß, seit 15 Tagen verstärkt. Wegen schwerer innerer Blutung Laparotomie und Entfernung einer Extrauteringravidität. Verf. hebt hervor, daß die Tube knotig verdickt und wahrscheinlich ihres Ciliarepithels beraubt war. Daher Ansiedlung in der veränderten Tube da, wo äußerlich weniger krankhafte Erscheinungen zu sein schienen. *Penkert* (Halle a. S.).

Engelking, Ernst, Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. Ein Beitrag zur anatomischen Diagnose vorgeschrittener Fälle. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 740—756. 1913.

Verf. schildert eingehend einen Fall von rechtseitiger, intraligamentär entwickelter Ovarialschwangerschaft im 8. Monat mit verwachsener, aber wohl erhaltener Tube und abgestorbener Frucht. Die Diagnose wird, was die Beteiligung des Eileiters angeht, durch mikro- und makroskopische Untersuchung desselben gestützt, im übrigen vorwiegend per exclusionem gestellt. Die Ätiologie sucht Verf. in einer Pelvioperitonitis, die möglicherweise durch eine Appendicitis veranlaßt wurde. *Jaeger* (Leipzig).

Heinrichsdorff, Paul, Die Beziehungen der Hyperemesis gravidarum zur akuten gelben Leberatrophie und sonstigen Sektionsbefunden. (*Pathol. Inst., Univ. Breslau.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99**, H. 3, S. 555—608. 1913.

Hyperemesis gravidarum nach Ahlfeld-Kaltenbach durch Steigerung der reflektorischen und zentralen Erregbarkeit des Bruchzentrums. Da einzelne Fälle tötlich verliefen, toxische Theorie analog Eklampsie und akuter gelber Leberatrophie; besonders Williams, der reflektorische, neurotische und toxische Form unterscheidet. Nach Winter Krankheit eine einheitliche, die stets als Reflexneurose beginnt und nur unter besonders ungünstigen Umständen zur Intoxikation führt. Der Zweck der folgenden Untersuchungen ist Entscheidung der Frage, gehen Sektionsbefunde und speziell Veränderungen der Leber bis auf klinischen Eintritt der Hyperemesis zurück (Williams toxische Form) oder sind sie jüngeren Datums (Winters hinzutretende Intoxikation). Folgt Untersuchung aller zugänglichen Fälle, auch ähnlicher. Hyperemesis festzusetzen als wochen- und monatelang andauerndes unstillbares Erbrechen mit hochgradiger Abmagerung und Schwächung ohne organische Ursache. Tritt zum Erbrechen alsbald Ikterus, Delirien, Benommenheit, Unruhe, schwere Nierenentzündung, so handelt es sich um akute gelbe Leberatrophie, eine völlig selbständige Krankheit von Männern, Kindern und Frauen, die an und für sich mit Hyperemesis nichts gemein hat. Anatomisch-histologisch auch Atrophie verschiedenen Grades, wie die der histologischen Läsionen. Zeichnung der Leber sehr deutlich bis verschwommen mit allen Übergängen. Fall des Verf. zeigte hochgradige Verfettung mit Ikterus und Atrophie; die für akute gelbe Leberatrophie typische Lockerung der Balkenstruktur und verwaschene Zeichnung fehlte. In allen Fällen ist nur von gelben, nie roten Partien die Rede; da letztere als ältere Degenerationsbezirke aufzufassen, Veränderung also stets eine frische. Alle Fälle zeigen Charaktere der Frühformen der akuten, gelben Leberatrophie. Verhältnis der Hyperemesis zur akuten gelben Leberatrophie so aufzufassen, daß an eine Hyperemesis eine akute gelbe Leberatrophie sich angeschlossen hat und bei dem geschwächten Organismus vor voller Entwicklung zum Exitus führte. Beide Zeichen von Degeneration ohne Atrophie, Ursache sicher toxisch, da Inanition niemals solche Veränderungen macht, ebensowenig wie Acetonkörper. Nur toxische Einwirkung kürzer. Ein Fall von Erismann als akute, hämorrhagische Nephritis, ein anderer zeigte narbige Prozesse an den Nieren, die auf einen vor Jahren durchgemachten Typhus zurückgeführt werden. Also die meisten der tödlich endenden Fälle von Hyperemesis gehen an Intoxikationskrankheiten zugrunde, und zwar meist durch akute Leberdegeneration mit Atrophie. Eklampsie, die an und für sich häufiger ist, im Anschluß an Hyperemesis seltner, weil diese in die erste Zeit der Schwangerschaft fällt, Eklampsie zumeist in ihr Ende. Alle diese bei der Hyperemesis auftretenden Toxikosen haben hyperemesisfreies Vorbild in der Pathologie der Schwangerschaft, damit Richtigkeit der Winterschen Theorie bewiesen. Durch Sektionsbefunde nicht der toxische Ursprung, sondern der toxische Ausgang der tödlich verlaufenden Hyperemesisfälle dargetan. *Wetzel* (Berlin).

Geburt:

Scheffzek, Placenta praevia. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 878—880. 1913.

Demonstration eines Uterus mit Placenta praevia und Kind nach Braxton-Hix ge-

wendet in situ. Patientin war 1/4 Stunde nach Ausführung der Wendung gestorben. Im Anschluß daran erörtert Scheffzek die Vorteile der Wendung vor der Ballonmethode. *Zinsser.*

Grant, H. C., Indications for the use of forceps. (Indikationen für die Anwendung der Zange.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17**, Nr. 23, S. 592 bis 593. 1913.

Hinweis auf die mancherlei Schäden der indikationslosen Zangen und Betonung, daß auch in manchen anscheinend indizierten Fällen die Zange besser durch eine andere Operation ersetzt wird. So gibt die Wendung bessere Resultate als die hohe Zange und soll auch bei Gesichtslage, wenn der Kopf noch nicht eingetreten ist, die Operation der Wahl sein, während bei eingetretenem Kopf die Zange erst nach Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage zur Anwendung kommen soll. Die Geburt des zweiten Zwillings soll, wenn eine Stunde nach der Geburt des ersten verstrichen ist, durch Wendung oder Forceps beendet werden. Die gleichen Operationen kommen mit forcierter Dilatation der Cervix bei Nabelschnurvorfall in Frage, wenn die Reposition mißlingt. Wenn der Schädel mit der Zange bis zur Hälfte entwickelt ist, soll die Zange abgenommen werden, um die Gefahr des Dammrisses zu vermeiden. *Vaßmer.*

Stirling, L. G., Report of a cesarean section. (Bericht über einen Fall von Kaiserschnitt.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **65**, Nr. 12, S. 874 bis 876. 1913.

Seltene Indikation: Enorme Varicen der Vulva, Vagina und Cervix bei einer 32jährigen VII-Graviden. Bei früheren Geburten zweimal Wendung und einmal, bei der letzten, Forceps; dabei sehr großer Blutverlust aus dilatierten Venen der Portio. Diesmal kurz nach Wehenbeginn starke Blutung; keine Placenta praevia; die Blutung stammt wieder aus den Varicen des Genitalkanales. Tamponade bringt die Blutung zum Stillstand, die Geburt schreitet aber nicht vorwärts. Digitale Dehnung des Muttermundes unter beträchtlicher Blutung; Versuch der hohen Zange ohne Erfolg. Daher aus vitaler Indikation Sectio caesarea abdominalis mit gutem Erfolge für Mutter und Kind. *Schmid* (Prag).

Scheffzek, Zur Sectio extraperitonealis. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6. S. 880—882. 1913.

36jährige I para. 7 1/4 Diagonalis. Vor der Operation einmal klinisch untersucht, also reiner Fall. Operation extraperitoneal ohne Zwischenfall. Am 6. Tag Exitus. Phlegmone der Wunde vom Blasenbett aufwärts bis zur Niere reichend. Keine Peritonitis. *Zinsser* (Berlin).

Audebert, La cicatrice utérine après la césarienne. (Die Uterusnarbe nach dem Kaiserschnitt.) Ann. de gynécol et d'obstétr. Jg. **40**, Nr. (5), S. 290 bis 299. 1913.

Nach dem Rate von Couvelaire, der auf Grund sehr eingehender histologischer Studien zu dem Ergebnis gekommen war, daß die Kaiserschnittwunde immer durch eine bindegewebige Narbe ersetzt werde und so einen locus minoris resistentiae am Uterus darstelle, führte Verf., als er sich genötigt sah, bei derselben Pat. zum zweitenmal den Kaiserschnitt vorzunehmen, diesen schon vor Beginn der Wehen, am Ende der Schwangerschaft aus.

36jährige IV para. Enges Becken, die dritte Schwangerschaft durch konservativen Kaiserschnitt beendigt, an den sich eine Infektion der Uteruswunde anschloß. Größe 1,42 m, habitus rachiticus, plattes Becken, falsches (doppeltes) Promontorium = 10,5 cm. Die erste Schwangerschaft durch Spontangeburt, Mitte 9. Monats erledigt, zweite Gravidität Querlage, durch Wendung beendigt, totes Kind. Dritte Gravidität durch Sectio caesarea beendet. Mädchen, 3600 g, harter Kopf. Der Uterus wird mit Jodoformgaze tamponiert, das Cavum vesicouterinum nach außen drainiert. In der Rekonvaleszenz Bronchitis, schwere eitrige Endometritis. Bei der Entlassung bestehen Verwachsungen des Uterus mit der vorderen Bauchwand, Verlagerung des Uterus nach rechts. Bei der vierten Schwangerschaft bestand ein auffälliges Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken und leichtes Hydramnion. Wegen der Gefahr einer Uterusruptur in der Narbe wird der Kaiserschnitt vor Beginn der Wehen ausgeführt. Zahlreiche Verwachsungen zwischen Vorderwand des Uterus, Bauchwand und Netz. Lösung der Verwachsungen, Vorwälzen des Uterus, Punktion derselben (es läuft etwa 1 l Fruchtwasser ab), Längsschnitt im Corpus; dieser liegt direkt parallel und ganz dicht neben der Narbe des ersten Kaiserschnittes. Supravaginale Amputatio uteri, um die Frau nicht der Gefahr einer dritten Sectio caesarea auszusetzen. Glatte Heilung.

Verf. ließ das Gebiet der Narbe von der früheren Sectio caesarea von verschiedenen pathologisch-anatomischen Autoritäten histologisch untersuchen, wobei

konstatiert wurde, daß nicht etwa, wie man bei dem gestörten Heilungsverlauf hätte annehmen sollen, eine rein bindegewebige Narbe vorhanden war, sondern, daß an der Stelle der früheren Wunde überall normale glatte Muskulatur, nur in etwas unregelmäßiger Anordnung sich findet und daß das Bindegewebe ev. leicht vermehrt ist.

Verf. läßt die Frage offen, ob nicht die ursprünglich bindegewebige Narbe, während der durch die folgende Gravidität bedingten Wachstums- und Vermehrungsenergie der Muskelelemente des Uterus, durch Muskulatur ersetzt worden sei. Jedenfalls gibt es nach Verf. eine vollständige Reparatur der Uterusmuskulatur an der Stelle der gesetzten Schnittwunde und infolgedessen ist es fraglich, ob die bisher gehegten Befürchtungen, die sich alle auf die Zerreißlichkeit der fibrösen Uterusnarbe bezogen, berechtigt sind *Hauser* (Rostock).

Wochenbett:

Borde, Administration de la morphine à une nourrice sans aucun inconvénient pour le nourrisson. (Anwendung des Morphium bei einer stillenden Mutter ohne Schaden für den Säugling). (Soc. de méd. et de chirurg., séance 7. II. 1913. Bordeaux.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux Jg. **34,** Nr. 19, S. 225—226. 1913.

Kurzer Bericht. Wissenschaftliche Untersuchungen fehlen. *A. Reiche* (Berlin).[K]

Reding, Al. v., Ein ungewöhnlicher Fall ausgedehnter Nekrose des puerperalen Uterus. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43,** Nr. 21, S. 651—658. 1913.

33jährige III para. Außer an hochgradiger Anämie nie ernstlich krank gewesen. Menses regelmäßig, mit geringem Blutverlust, nicht schmerzhaft. Kein Fluor. 3 Geburten mit 3 gesunden Kindern. Keine Aborte. I. Geburt 1907. Forceps; wegen profuser Nachgeburtsblutung manuelle Placentarlösung. Hochgradige Phlegmasia alba beiderseits, hohes Fieber. — II. Geburt 1910. Kind spontan. Wegen starker Blutung wieder manuelle Placentarlösung. Leichte Temperaturen. — III. Geburt. September 1912. Bald nach der spontanen leichten Geburt des reifen Kindes: heftige Blutung. Crédé seitens der Hebamme erfolglos, 1 Stunde p. p. seitens des Verf. an der fast pulslosen, äußerst anämischen Frau leicht. Beckenhochlagerung, Excitantien mit Erfolg. Placenta ziemlich groß, an der mütterlichen Seite etwas zerfetzt. Eihäute vollständig. Die am 8. Tage p. p. wegen des hohen Fiebers und stinkenden Ausflusses vorgenommene innere Untersuchung ergibt: Parametrien frei, Uterus noch gut kindskopfgroß, hart, gut beweglich, nicht druckempfindlich. Muttermund 5 Frankenstück groß. Über dem inneren Muttermund eine wallartige, ringförmige, vorn einige Zentimeter dicke, hinten etwas dünnere, kompakte Gewebsmasse, die das ganze Corpus uteri fast vollständig anfüllt. Dieses geschwulstartige Gebilde ist von derber Konsistenz, unebener Oberfläche, an der Unterlage sehr fest haftend und bildet mit dem Uterus eine zusammenhängende Masse, so daß sich das als Tumor imponierende Gewebe nicht von der Uteruswand abgrenzen läßt. — Am 11. Tage p. p. abdominelle Totalexstirpation in Äthernarkose ohne Besonderheit. Beim Transport vom Operationssaal ins Krankenzimmer plötzlicher Exitus. Keine Sektion. Die makroskopisch bemerkbare Scheidung der Uteruswand in eine äußere kompakte und in eine innere poröse ist auch mikroskopisch zu konstatieren. Die äußere Hälfte der Uteruswand ist normal, gut vascularisiert, ohne Infiltrate; die innere dagegen total nekrotisch mit hyalin entarteten Muskelfasern und Gefäßen. Fleckweise eitrige Infiltration der nekrotischen Muskulatur. Kein interstitielles Myom. Im Uteruscavum nirgends eine Mucosa nachweisbar. An der hinteren Uteruswand noch einige Placentarreste, die mit der nekrotischen Uteruswand so fest verwachsen sind, daß man nur unter dem Mikroskop die Grenze zwischen beiden findet. Hier sitzt die Placenta direkt auf der Muskulatur; eine Deciduabildung ist nirgends zu konstatieren. Bemerkungen über die Ätiologie, Therapie und Differentialdiagnose. *Harm* (Dortmund).

Denning, C. E., Tetanus successfully treated by antitetanic serum. (Tetanus erfolgreich mit Antitetanussorum behandelt.) Brit. med. journal Nr. **2736,** S. 1206. 1913.

Messa, G. E., Contributo allo studio delle neuriti traumatiche puerperali. (Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Puerperalneuritis.) (*Clin. ostetr.-ginecol., Firenze.*) Ginocologia Jg. **9,** Nr. 23, S. 689—706. 1913.

Bei einer 21jährigen Ipara mit normalem Becken, welche seit 11 Stunden kreißt, zunehmende Schmerzen vom Becken nach dem rechten Bein sich herunterziehend. Die Schmerzen werden durch jede Wehe gesteigert. Wegen der Verschlechterung der fötalen Herztöne Anlegen der Zange in der Beckenweite bei I. HHL. Entwickelung eines 3500 g schweren Kindes.

Wochenbett fieberfrei, Anhalten der Schmerzen im rechten Bein. Die Untersuchung am 10. Tage nach der Entbindung ergibt: Beim Sitzen hängt die rechte Fußspitze herab, die Obduktion des Fußes ist unmöglich. Druckempfindlichkeit an der Hinterseite des Oberschenkels im Gebiet des N. ischiadicus. Lassèguesches Symptom. Steppergang. Herabsetzung der galvanischen und Ausbleiben der faradischen Erregbarkeit des rechten N. peroneus. Besserung tritt erst nach einem Monat durch elektrische Behandlung und Massage ein. Ausführliche Besprechung der traumatischen Neuritis ex partu an der Hand von Beobachtungen und kritischen Zusammenstellungen anderer Autoren. *Colombino* (Mailand).

Scheffzek, Zur Würdigung der Postpartumblutungen. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 872 bis 874. 1913.

34jährige VII para. Fünf Wochen nach einem Abort werden in Narkose derb sklerosierte Placentarreste unter starker Blutung durch Ausschabung entfernt. Dabei „geht plötzlich für die Curette der Widerstand der Uteruswand verloren". Starke Blutung. Eröffnung der Excavatio vesicouterina. An dem herausgewälzten Uterus ist in der rechten Tubenecke ein pfennigstückgroßer, ovaler Defekt zu sehen mit unregelmäßig zerfransten Rändern. Da beim Versuch der Naht alle Fäden durchschneiden, Amputation des Corpus. An dem Präparat zeigt sich das Myometrium an einigen Stellen so stark rarefiziert, daß die Wand nur millimeterdick ist. *Zinsser* (Berlin).

Foetus und Neugeborenes:

Schloßmann, Artur, Über keimfreie Rohmilch. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61,** Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 676—688. 1913.

Verf. macht auf den Nutzen der Keimfreimachung der Rohmilch sowohl in wirtschaftlicher, hygienischer als auch physiologischer Beziehung aufmerksam. Da es keine Chemikalien gibt, die keimtötend und zugleich für den menschlichen Organismus unschädlich sind, so ist an eine Keimfreimachung vermittelst solcher Mittel nicht zu denken. Dagegen kann eine wenigstens sehr keimarme Milch gewonnen werden, wenn nur ganz gesunde Leute unter aseptischen Kautelen ganz gesunde Kühe melken. Auch kann vermittelst Kälte Milch lange Zeit gebrauchsfähig erhalten werden. So hat Verf. in seiner Klinik stets Frauenmilch in Flaschen vorrätig. Die Milch ist in einem Kühlschrank bei 10° Kälte und wird oft erst nach 6—8 Monaten wie frische Milch verbraucht. Durch Hitze kann eine Milch wohl keimfrei gemacht werden. Sie ändert sich aber in Bezug auf Zusammensetzung und Geschmack. Nun konstruierte Lobeck in Leipzig einen Apparat, in dem unter hohem Drucke fein verstäubte Milch rasch erhitzt und sofort wieder abgekühlt wird. Versuche mit diesem Apparat ergaben dem Verf. folgende Resultate: Es ist völlige Keimabtötung, selbst der Tuberkelbacillen möglich. Die Milch erhält völlig den Charakter von Rohmilch. In der Arbeit finden sich 2 Abbildungen und eine Beschreibung des Apparates. *Reber* (Aarau).

Forcart, M. K., Larosan als Ersatz für Eiweißmilch. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 22, S. 1199. 1913.

Mit Hilfe des von Stoeltzner eingeführten Präparates Larosan läßt sich eine der Eiweißmilch sehr ähnliche und in ihrer Wirkung gleich gute Nahrung erzielen. Auf St.s Anregung, der den Wert der Eiweißmilch hauptsächlich in dem hohen Gehalt an Eiweiß und Kalk sieht, stellte die Firma Hoffmann-La Roche das Caseincalcium als ein in Milch lösliches Pulver dar. Zum Gebrauch wird dieses einfach in Milch aufgelöst, die dann um die Hälfte zu verdünnen ist. Das Verfahren ist demnach bequemer als die Gewinnung der Eiweißmilch. Verf. nahm gewöhnlich 20 g Larosan auf $^{1}/_{2}$ l Milch und benutzte als Verdünnungsflüssigkeit Haferschleim oder Mehlabkochung. Die Resultate waren gut. *Holste* (Stettin).

Kühl, Hugo, Trockenmilchpräparate. Eine nahrungsmittel-hygienische Studie. Hyg. Rundsch. Jg. **23,** Nr. 12, S. 709—713. 1913.

Silvestre, Julien, Les effets de l'hypersucrage du lait dans les dyspepsies infantiles avec vomissements. (Die Wirkung zu großen Zuckergehalts der Milch bei der kindlichen Dyspepsion mit Erbrechen.) Clin. infant. Jg. **11,** Nr. 12, S. 357—364. 1913.

Ribadeau-Dumas, L., Les troubles alimentaires et le lait albumineux. (Die Ernährungsstörungen und die Eiweißmilch.) Nourrisson Jg. **1**, Nr. 3, S. 162 bis 175. 1913.

Verf. referiert eine Reihe der von der deutschen Pädiatrie in den letzten Jahren inaugurierten Gesichtspunkte zur Einschätzung und Pathogenese der Verdauungs- und Ernährungsstörungen der Säuglinge, speziell im Zusammenhang mit der Eiweißmilchtherapie. — In Frankreich ist die Eiweißmilch bisher wenig angewandt und nur ungünstig beurteilt worden. Verf. berichtet über eigene Ernährungsversuche nur ganz summarisch. Bei akuten und perakuten Durchfällen hatte er keinen Erfolg. Wenn er sich streng an die Regeln hielt, kam zwar der Durchfall und Flüssigkeitsverlust zum Stillstand, der toxische Zustand verlor sich, aber ganz plötzlich kam dann ein akuter Gewichtssturz mit Koma und tödlichem Ausgang zustande. Bei chronischen Fällen von Atrophie waren günstigere Erfolge zu verzeichnen. *Ibrahim* (München).[K]

Attias, G., Oftalmoblenorrea dei neonati pseudomembranosa da „bacillus subtilis". (Pseudomembranöse Ophthalmoblenorrhöe der Neugeborenen durch Bacillus subtilis bedingt.) (*Istit. di clin. ocul., univ., Napoli.*) Arch. di ottalmol. Jg. **20**, Nr. 11, S. 573—588. 1913.

Conjunctivitis beider Augen wurde bei einem 20 Tage alten Kind in Form von Schwellung und Rötung der Schleimhaut mit serös-eitriger Sekretion und stellenweise mit hellgelblichen Belägen beobachtet. Als Entzündungserreger erwiesen sich Stäbchen von 1,5 μ Länge, welche ihrem bakteriologischen Verhalten nach (ausführliche Untersuchung) sicher Bacillus subtilis waren. Durch Übertragung der gezüchteten Keime auf die Conjunctiva des Kaninchens konnte dasselbe Krankheitsbild mit denselben bakteriologischen Befund erzeugt werden. Die Therapie bestand in Borsäurespülungen und in Einträufelungen von 2proz. Argentum nitricum. Am 7. Tag waren die Beläge verschwunden und die Sekretion keimfrei geworden; am 10. Tage war nur noch eine leichte Rötung der Schleimhaut vorhanden.

Eine durch Bacillus subtilis erregte Ophthalmoblenorrhöe beim Neugeborenen ist bis jetzt noch nicht beschrieben worden. Die Verwechslung dieser Form mit einer Diphtherie der Conjunctiva (Pseudomembranbildung) könnte bei oberflächlicher Untersuchung leicht vorkommen. *Colombino* (Mailand).

Dubois, Maurice, Troubles intestinaux par engagement herniaire chez le nourrisson. (Verdauungsstörungen durch Brucheinklemmung beim Säugling.) (*Clin. infant., univ., Liège.*) Scalpel et Liège méd. Jg. **65**, Nr. 45, S. 761 bis 762. 1913.

Kasuistische Mitteilung. 5 Monate alter Säugling, der wegen Verdauungsstörungen 3 Monate lang nur mit Mehl genährt worden war und sich bei der Aufnahme in einem hochgradig atrophischen Zustand befand, außerdem Zeichen von exsudativer Diathese und einen großen, leicht reponierbaren Leistenbruch aufwies. Im Krankenhaus zunächst unter geeigneter Ernährung gute Gewichtszunahme, die jedoch in der Folgezeit wieder gestört wurde. Es traten in mehr oder weniger langen Zwischenräumen akute fieberhafte Zustände ein mit Durchfällen und Erbrechen. Dabei war der Bruchsack stark gefüllt, konnte jedoch stets ohne größere Schwierigkeit reponiert werden. Nach der Reposition schneller Rückgang aller Symptome. Bruchoperation im 12. Monat, die das Kind gut überstand. Nach der Operation gedieh das Kind gut; die beschriebenen Erscheinungen wurden nicht mehr beobachtet. *Frank* (Berlin.)[K]

Lust, F., Die Durchlässigkeit des Magendarmkanales für heterologes Eiweiß bei ernährungsgestörten Säuglingen. (*Univ.-Kinderklin., Heidelberg.*) Jahrb. f. Kinderheilk. **77**, S. 243—276 u. 383—404. 1913.

Lust hat die Frage der Durchlässigkeit des Magendarmkanals des gesunden und kranken Säuglings für kolloidale Substanzen studiert, um neben der bisher fast ausschließlich geübten Betrachtung der chemischen Leistungen auch die mehr physikalischen Funktionen der Darmwand in den Kreis der Überlegungen zu ziehen. Die Funktionsprüfung wurde zunächst mit Hühnereiweiß vorgenommen, das aus

methodischen Gründen mannigfache Vorteile bietet, außerdem aber bereits eine „Belastungsprobe“ darstellt, weil es für den Darmkanal nicht indifferent ist. Die Toleranz des gesunden Säuglingsdarmes ist begrenzt (Grenze durchschnittlich bei 60 g Hühnereiweiß). Mit Eintritt einer Ernährungsstörung sinkt diese Resistenz, speziell bei akuten Ernährungsstörungen, ganz besonders bei den alimentären Intoxikationen. Die erhöhte Permeabilität der Darmwand ist für diese schweren Formen wohl der Intensität, nicht aber dem Prinzip nach spezifisch. Auch bei chronischen Ernährungsstörungen, speziell den dem Stadium der Dekomposition zugehörigen, ist die Durchlässigkeit der Darmmembran für heterologes Eiweiß größer als in der Norm, erreicht aber wohl nie den bei akuten Störungen vorhandenen Grad. Selbst beträchtliche Permeabilitätssteigerungen sind durchaus reparabel. Weniger gut verwertbar als Hühnereiweiß sind Rinder- und Pferdeeiweiß (aus methodischen Gründen und wegen ihrer größeren Indifferenz), es bestehen aber nur graduelle, keine prinzipiellen Unterschiede. *Bessau* (Breslau).[K]

Wolff, Siegfried, Beitrag zur Frage der Sommerdiarrhöen der Säuglinge. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **77**, H. 5, S. 569 bis 574. 1913.

Mitteilung eines Falles von Hitzeschädigung. Eine Frühgeburt, ca. 1700 g (Aufnahmegewicht 1430 g) gedeiht mit Eiweißmilch gut nach einer leichten Dyspepsie. Nach Herausnahme aus der Couveuse Zufuhr von Wärme durch Wärmflaschen. Dabei Überhitzung bis 42° C. Zu gleicher Zeit beim Kinde deutliche zerfahrene, spritzende Stühle. Sofortige Abkühlung ohne Reduktion der Nahrung und sofortiges Einstellen der Stühle mit dem Temperaturrückgang. *Rietschel.*[K]

Wilcox, Dewitt G., Head injuries of the new-born. (Kopfverletzungen der Neugeborenen.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168**, Nr. 16, S. 568 bis 571. 1913.

Bei Anwendung der Zange kommt es bei vielen Neugeborenen zu intrakraniellen Blutungen. Meist sind die Hämorrhagien in der Parietal- oder Frontalgegend, dicht beim Sinus longitudinalis, zu finden; häufig auch am Tentorium. Die letzteren sind ungünstiger wegen der Nähe der Medulla oblongata; die Kinder werden leicht asphyktisch. Bei den Parietal- oder Frontalverletzungen üben die Blutklümpchen einen fortgesetzten Druck auf die Rindenzellen aus, und es kommt in vielen Fällen zu Porencephalie mit geistigen Defekten. Die möglichst frühzeitige Operation bietet günstige Heilungsaussichten. Verf. bespricht diagnostische Einzelheiten und den Gang der operativen Behandlung unter Anführung von vier eigenen Beobachtungen. *Calvary.*[K]

Scheffzek, Knochennaht am Femur eines Neugeborenen. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 874—875. 1913.

Fraktur in der Mitte des Oberschenkels gelegentlich einer Extraktion aus Steißlage. Da eine Reposition der Fragmente Schwierigkeiten bereitete, hat Scheffzek die Frakturstelle blutig freigelegt. Es zeigte sich, daß sich Muskelgewebe zwischen die Frakturenden gelegt hatte. Drahtnähte schnitten in dem weichen Gewebe durch. Sch. begnügte sich daher mit Adaptierung der Frakturenden und Naht der Weichteile. Heilung mit guter Stellung der Bruchenden. Sch. empfiehlt, die Knochennaht an Stelle der in ihrem Resultat beim Neugeborenen stets unsicheren Extensionsverbände häufiger in Anwendung zu bringen. *Zinsser* (Berlin).

Dietrich, Intrauterin entstandene Ruptur der kindlichen Leber. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 868. 1913.

Die Verletzung befindet sich am rechten Leberlappen in der Nähe des unteren Randes und besteht in tiefen, sternförmig verlaufenden Einrissen in das Parenchym. Das Kind wurde bei guten Herztönen wegen Wehenschwäche mit hoher Zange entwickelt. Die schwierige Extraktion wurde durch sehr energischen Kristeller unterstützt. Das Kind kam tot zur Welt, die Sektion ergab Verblutung in die Bauchhöhle aus der Ruptur. *Zinsser* (Berlin).

Ostrowski, Stanislaus, Die Engel-Turnausche Reaktion bei Brustkindern. (*Petersburger kaiserl. Findelhaus.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **77**, H. 5, S. 575 bis 579. 1913.

Die Engel-Turnausche Reaktion (Berliner klin. Wochenschr. 1911, S. 18) besteht darin, daß der Harn eines Brustkindes, mit Silbernitrat versetzt, sofort eine schwarze Trübung gibt. Im Harn eines künstlich genährten Kindes entsteht eine weiße Trübung. Die Reaktion wird so ausgeführt, daß man 5 ccm des nicht angesäuerten Harnes mit 15—20 Tropfen einer 2 proz. Silbernitratlösung versetzt und 10 Minuten stehen läßt. Schneller und schärfer fällt die Reaktion beim Kochen aus. Boschan fand (Berliner klin. Wochenschr. 1911, S. 303), daß diese Reaktion auch Harne künstlich genährter Kinder liefern, und behauptet, daß bei einer bestimmten Verdünnung jeder Harn positiv reagiert. Dasselbe haben Langfeldt (Berliner klin. Wochenschr. 1911, S. 2114) und Balázsy (Berliner klin. Wochenschr. 1912, S. 352) beobachten können. Es handelt sich um eine Chloridreaktion, bei welcher das angewandte Silbernitrat im Überschuß bleibt und durch Harnsubstanzen zu Ag_2O und Ag reduziert wird. Eine negative Probe wird z. B. nach Langfeldt dann erhalten, wenn der NaCl-Gehalt des Harns 1,75% übersteigt. Verf. führte die Reaktion (nach Zugabe von $AgNO_3$ aufgekocht) aus bei meistenteils gesunden Kindern im Alter von 2—6 Monaten, und zwar bei 156 Brustkindern, 78 mit gemischter Nahrung (Brust und Mischungen) ernährten und 30 künstlich genährten Kindern. Bei 156 Brustkindern war die Reaktion in 6 Fällen negativ, bei den mit gemischter Nahrung 44 mal positiv, 34 mal negativ, bei den ausschließlich mit der Milchflasche ernährten war nur ein Fall positiv. Verf. kommt auf Grund dieser Versuche zu dem Schluß, daß die Engel-Turnausche Reaktion auf die Art der Nahrung hindeutet und somit ein praktisches Interesse besitzt namentlich in Findelhäusern und ähnlichen Instituten. *Edelstein* (Charlottenburg).[K]

Chalier, André, et Paul Santy, Spina bifida géant. (Riesenhafte Spina bifida.) Rev. d'orthop. Jg. **24**. Nr. 3, S. 257—267. 1913.

Das 4 Monate alte Kind zeigte an seinem Rücken einen Tumor von Kindskopfgröße, welcher sich von der Gegend der Schulterblätter bis zum Anus, der noch in der Geschwulst lag, erstreckte. Es bestanden Mastdarminsuffizienz, rechtsseitiger Klumpfuß und Genu recurvatum, linksseitiger Pes calcaneus valgus. Im Anschluß an die Operation trat Exitus ein. Bemerkenswert war, daß die Geschwulst aus zwei mit Flüssigkeit gefüllten Taschen bestand, im übrigen das Verhalten einer Myelomeningocele zeigte. Die Wirbelsäule zeigte neben anderen Abweichungen eine Spalte des 12. Brust- und aller Lendenwirbel. *Stettiner* (Berlin).[CH]

Scheffzek, Sakralparasit. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 876—878. 1913.

Kasuistische Mitteilung über einen Pyopagus parasiticus. *Zinsser* (Berlin).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Troitzkï, J.-V., Maladies gastro-intestinales de la première enfance: anatomie pathologique: étiologie. (Übersetzung aus der Vratchebnaïa Gazeta.) (Gastrointestinale Erkrankungen des frühen Kindesalters; pathologische Anatomie; Ätiologie.) Enfance Jg. **1**, Nr. 2, S. 81—103. 1913.

Verf. bringt eine lehrbuchartige Darstellung der pathologisch-anatomischen Befunde und der allgemeinen Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. Dabei werden auch Tierversuche erwähnt, die Verf. mit Eminet zusammen ausgeführt hat. Er injizierte neugeborenen Hunden und Kaninchen subcutan Lösungen von Dejektionen dyspeptischer Säuglinge, teils leicht angesäuert oder leicht alkalisch gemacht, z. T. aufgekocht. Es sei dadurch gelungen, Krankheitsbilder zu erzeugen, die klinisch mit schweren Durchfällen, Erbrechen, Appetit- und Kräfteverlust, Gewichtsabfall, Fieber, Kollaps einhergingen und zum Tode führten. Besonders die gekochten alkalischen Lösungen seien von verderblicher Wirkung gewesen. Pathologisch-anatomisch fanden sich bei den Tieren hämorrhagische Enteritiden mit Schleimhautnekrose

und diphtherischer Entzündung, sowie parenchymatöse Schädigungen der Leber und des Herzmuskels. Leider werden über die Versuche keine genaueren Protokolle mitgeteilt. *Ibrahim* (München).[K]

Neurologie und Psychiatrie:

Phleps, Eduard, Die Tetanie. Handb. d. Neurol. Bd. **4.** Spez. Neurol. 3, S. 159—240. Berlin: Springer, 1913.

Moszeik, O., Zur Therapie der Schlaflosigkeit. Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 24, S. 954—955. 1913.

Ellis, Havelock, Sexo-aesthetic inversion. (Sexualästhetische Inversion.) Alienist and neurologist Bd. **34,** Nr. 2, S. 156—167. 1913.

Unter sexo-ästhetischer Inversion versteht Verf. eine Form des erotischen Symbolismus, die zwar unter Inversion im weiten Sinne des Wortes klassifiziert werden muß, jedoch Ähnlichkeit mit erotischem Fetischismus aufweist, in mancher Hinsicht auch mit dem sog. Narcismus. Er teilt zwei Krankengeschichten als Beispiele für die beiden Unterarten der ästhetischen Inversion mit, die er unterscheidet.

In dem einen Falle handelte es sich um ein im übrigen ganz moralisches Mädchen, das fast immer wenige Tage vor Eintritt der Menses träumte, daß es als Mann mit einem Mädchen den Beischlaf ausübe, im andern um einen sexuell stark erregbaren Mann, der nur den Beischlaf fertig brachte, wenn sein weiblicher Partner ein Korsett umhatte, das kräftig geschnürt war. *Buschan* (Stettin).

Scheer, W. M. van der, Osteomalacie und Psychose. Arch. f. Psychiatr. Bd. **50,** S. 845—985 u. Bd. **51,** H. 1, S. 79—208. 1913.

Sehr ausführliche Monographie mit genauem kritischem Referat über alle in der Literatur veröffentlichten Fälle und Mitteilung von 10 eigenen Fällen. Von den 97 Fällen aus der Literatur lehnt Verf. 41 ab, da die mikroskopische Untersuchung fehlt. Oft sprechen nämlich klinische Erscheinungen und makroskopischer Befund der Knochen für Osteomalacie, während es sich nur um eine abnorme Brüchigkeit der Knochen, Osteoporose handelt, die bei den alten, kachektischen Insassen der Irrenhäuser sehr häufig ist. Unter den 57 Fällen, welche Verf. als Osteomalacie anerkennt, sind 8 männlichen Geschlechts und 19 nullipare Frauen, nur bei 13 Fällen wurden Geburten erwähnt, bei dem Rest fehlen diesbezügliche Angaben. Auch bei den 10 eigenen Fällen konnte ein direkter Zusammenhang mit Partus oder Puerperium nicht nachgewiesen werden, fast stets trat die Osteomalacie geraume Zeit nach Ausbruch der Psychose auf. In 6 von den 10 Fällen war die psychiatrische Diagnose Dementia praecox. Bei den zur Sektion gekommenen Fällen wurden die Drüsen mit innerer Sekretion, die einen Einfluß auf den Knochenstoffwechsel haben sollen, also Thyreoidea, Epithelkörperchen, Ovarien, Nebennieren und Hypophyse genau mikroskopisch untersucht. — Verf. kann sich keiner der vielen Theorien über das Wesen der Osteomalacie anschließen. Er faßt seine Ansicht folgendermaßen zusammen: Wir können den osteomalacischen Knochenprozeß als einen chronischen Entzündungsvorgang auffassen, der durch ein bestimmtes Agens (vielleicht Toxine oder Bakterien) erzeugt wird, aber eine bestimmte Prädisposition verlangt. Diese Prädisposition wird durch einen gestörten Knochenstoffwechsel bedingt, der durch Funktionsstörungen gewisser Drüsen mit innerer Sekretion entstehen kann. — Mit dieser Ansicht läßt sich auch das häufige Auftreten der Krankheit bei Graviden und Puerperae, wie auch bei Basedow erklären. Da Verf. nachgewiesen hat, daß auch chronisch Geisteskranke für Osteomalacie mehr disponiert sind, als andere Menschen, schließt er mit der Hypothese, daß bei gewissen Formen von chronischen Psychosen ebenfalls die Drüsen mit innerer Sekretion eine bedeutsame Rolle spielen dürften. Der zweite Teil der Arbeit enthält die sehr ausführliche Kasuistik (116 Seiten) und die Literaturangaben. *Ruhemann* (Berlin).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band II, Heft 6. S. 273—304

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Chisholm, Catherine, Menstrual molimina. (Menstruationsstörungen.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23**, Nr. 5, S. 288—299. **1913.**

Verf. stellte bei mehreren 100 gesunden Mädchen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren Erhebungen über den Verlauf und die ev. Störungen der Menstruation an.

Er fand, daß bei 58,6% der Frauen die Periode ohne jedwede Störung verlief; bei 7,8% stellten sich starke Beschwerden ein, der Rest hatte nur leichte Klagen zu äußern. Als Sitz der lokalen Schmerzen wurde bei 35% das Abdomen (zwischen Schoßfuge und Nabel) angegeben, bei 6,3% das Kreuz, bei den übrigen verschiedene andere Stellen des Körpers. Bei der weitaus größten Zahl der Patientinnen (72) machten sich die Schmerzen nur am ersten Tage der Periode geltend, bei 22 stellten sich nur vor Beginn, bei 27 in den ersten 2 Tagen, beim Rest der Patientinnen an anderen Tagen des Unwohlseins Schmerzen ein. Von Allgemeinstörungen fand Verf. Kopfweh, Brechreiz und Mattigkeit, aber nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle. Was die Blutung anbetrifft, so waren bei einer großen Zahl der Frauen leichte Unregelmäßigkeiten im Einsetzen und der Dauer der Periode zu verzeichnen. Unter der Stärke der Blutung hatten nur 6,4% zu leiden. 56% chlorotischer Mädchen (unter 80% Hämoglobin — nach Tallquist gemessen —) wiesen Menstruationsbeschwerden auf. Je besser körperlich entwickelt ein Mädchen ist, um so weniger leicht scheint es Störungen bei der Periode zu erleiden. Nach Verf. Ansicht begünstigt Gehirnarbeit unter gleichzeitiger körperlicher Ausarbeitung die Entwicklung von Menstruationsanomalien nicht. Außerdem geht Verf. auf die verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten der Menstruationsbeschwerden ein, deren Ursache im Ovarium, im Uterus, vor allem bei Lageveränderung desselben, in Entwicklungsanomalien usw. zu suchen sei. *Klotz* (Tübingen).

Oppenheim, Hans, Die Behandlung klimakterischer Störungen mit Adamon. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 1103—1104. **1913.**

Empfehlung von Adamon bei klimakterischen Beschwerden in Dosen von $1^1/_2$—3, ja bis 5 g pro die, am besten in Form von Tabletten $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach dem Essen. Schädigungen und irgendwelche unerwünschte Begleiterscheinungen hat Verf. nicht beobachtet. *Schäfer.*

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Przygode, P., Über die Bildung spezifischer Agglutinine in künstlichen Gewebskulturen. (*Staatl. serotherap. Inst., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 21, S. 841—842. 1913.

Verf. zeigt, daß Milzen von Kaninchen, die mit Typhusbacillen infiziert worden waren, auch nach ihrer Entfernung aus dem Organismus und Übertragung auf die Plasmakultur noch weiterer Bildung von Agglutininen fähig sind. Auch Milzgewebe, das in einer Plasmakultur der Einwirkung einer Emulsion von Typhusbacillen ausgesetzt wird, bildet in vitro spezifische Agglutinine gegen diese. *Isaac* (Frankfurt).[M]

Petri, Th., Über das Auftreten von Fermenten im Tier- und Menschenkörper nach parenteraler Zufuhr von art- und individuumeigenem Serum. (*Univ.-Frauenklin., München, u. Krankenh., München-Schwabing.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1137—1138. 1913.

Nach parenteraler Injektion großer und kleiner Mengen von arteigenem Serum tritt beim Kaninchen schon nach kurzer Zeit ein auf die Zerstörung arteigenen Eiweißes eingestelltes Ferment auf. Auch nach intravenöser Zufuhr der kleinsten Menge, sogar individuumeigenen Serums tritt schon nach kürzester Zeit ein auf die Zerstörung arteigenen Eiweißes eingestelltes Ferment auf. Dieselben Tatsachen gelten auch für entsprechende Versuche am Menschen, denn 5 Minuten nach der Injektion individuum-

eigenen Serums treten Fermente auf, die arteigenes Eiweiß abzubauen imstande sind. Die Versuche wurden mit Hilfe des Dialysierverfahrens ausgeführt. *Brahm* (Berlin).[M]

Allgemeine Therapie:

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Straßmann, Gynaekologische Röntgentherapie. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.

Straßmann ist nicht in der Lage, bei Myomen das Messer wegzulegen, wie es von Döderlein ausgeführt ist. Eine nicht geringe Anzahl von Myomen muß trotz der Röntgenbehandlung operiert werden: submuköse, polypöse, puerperale Myome und gedrehte subseröse, ferner die schmerzenden Myome, bei denen Adnexerkrankungen, Cystenbildung, Tubargravidität vorhanden sein können, dann die Kolossaltumoren und die nekrotischen Geschwülste (vgl. Therapie d. Gegenwart, Januar 1913). Endlich wehren sich eine nicht geringe Anzahl von Frauen gegen die Behandlung mit Röntgenstrahlen, wenn sie z. B. noch hoffen, nach Ausschälung ihrer Geschwulst fähig für Empfängnis zu bleiben. Auch kommen Patientinnen in die Sprechstunde, die trotz reichlicher Bestrahlung bis zur Amenorrhöe, wieder anfangen zu bluten, oder weil in den Familien trotz aller Vorsicht Verbrennungen vorgekommen sind, und zwar nicht nur hier, sondern auch an anderen Orten. Wenn man von Heilungszahlen von 80—100% spricht, so kann man diese nur beziehen auf diejenigen Myome, die für die Röntgenbehandlung ausgewählt wurden, nicht aber auf die Gesamtzahl, die den Arzt aufsuchen. Es muß dieses betont werden, damit nicht im Publikum die Vorstellung herrscht, der eine Arzt brächte mit Röntgenbestrahlungen besseres fertig als der andere. Gewiß ist das Verfahren für ältere Frauen geeignet, die man ja auch früher durch das Klimakterium hinwegbrachte und für die symptomlosen Myome mit sicherer Diagnose. Zahl der bisher von St. bestrahlten Myome 67; der Blutungen ohne Myome 21; der inoperabelen Uterus- und Adnexcarcinome bzw. -sarkome 20. — Von den Myomen sind 5 nachträglich operiert, ein Error diagn. (Ovarialtumoren). Verbrennungen sind nicht vorgekommen. Wegen der Auswahl ist ein Vergleich mit den operierten Fällen nicht möglich. Metropathie ist ein unbestimmter klinischer Begriff; der Heilmittel gibts viele, z. B. eine einzige Eisenchloridinjektion. Dahin gehört auch die Anwendung der Röntgenstrahlen. Probecurettement bei blutenden Myomen verwirft St., da durch das Auskratzen von Knollen Nekrosen zustande kommen können, und es schließlich ein operativer aber nicht ausreichender Eingriff ist. Zur Einschränkung des Wachstums ist die Bestrahlung dort geeignet, wo man früher abwartete. Auch eine Psychose nach Verbrennung ist St. zu Gesicht gekommen. St. hat zwar keine Verbrennung selbst erlebt, aber auf einer Bauchwand, die von anderer Seite bestrahlt war, fand sich die Blendenöffnung neunmal stark photographiert. Einen zweiten ähnlichen Fall hat St. bei einer Arztfrau gesehen. Derartige Dinge müssen immer genannt werden, um unsere Gediegenheit nach außen hin zu wahren. Ebenso wie man hervorheben muß, daß bei der schmerzlosen Geburt die Patientin recht unruhig sein kann und Schmerzäußerungen von sich gibt! Es ist vorläufig noch nicht die Zeit, von der operationslosen Behandlung des Krebses zu sprechen. Wir hören das nicht gern von Nichtärzten und sollten; daher außerordentlich vorsichtig sein. Z. B. ist St. bekannt geworden, daß mehrere seinerzeit von Lassar bestrahlte und vorgestellte Gesichtscarcinome doch rezidiv geworden sind. Wir dürfen sie nicht als Paradigmen für operationslose Heilung bezeichnen. Über Mesothorium hat St. keine Erfahrung. St. ist erfreut, daß Herr Bumm sich auch sehr vorsichtig über die Anwendung ausgedrückt hat, und hält es für richtig, heute noch nicht Frühoperationen abzulehnen. Bei inoperabelen Ovarial- und Bauchcarcinomen bestrahlt St. derart, daß er immer die Distanz der Sitzungen jeden Tag vergrößert (am 1., 2., 4., 7., 11. Tage usw.). St. hat den Eindruck gewonnen, als ob die Wiederkehr der Ascites langsamer ginge. St. hat ein Mammacarcinom gesehen, das nach der Operation rezidiviert war, dann bestrahlt wurde. Ohne daß auf der Haut eine Veränderung bestand, ist das Carcinom subcutan im Verlaufe mehrerer Jahre, von der

Brustgegend subcutan bis zur Symphyse weiter gegangen, durch die Bauchdecke gedrungen und hat so den Uterus erreicht. Die Beurteilung von Operationserfolgen und -aussichten muß sehr vorsichtig geschehen. Eine fette Sechzigerin, Cervix-Carcinom, von hervorragendem gynaekologischen Operateur für inoperabel erklärt. Den Verwandten wurde gesagt, sie sollten die wenigen Wochen ihres Lebens ohne örtliche Behandlung die Kranke in Ruhe lassen. Auch St. hielt sie für inoperabel, löffelte das Carcinom aus und brannte es aus. Die Ausbrennung muß bis zur absoluten Trockenheit und Umwandlung des Carcinoms und der Umgebung in Kohle (Karbonisation) geschehen. Diese Patientin ist vor 5 Jahren ausgebrannt. Örtlich hat sich nicht die geringste Spur mehr gezeigt; erst vor kurzem wieder Klagen über Kreuzschmerzen, die möglicherweise wieder auf Rezidive zurückzuführen sind. St. fühlt sich in Erinnerung an Enttäuschungen der örtlich angewandten, antiseptischen Mittel veranlaßt, zwar die Röntgenbestrahlung und hoffentlich auch das Mesothorium als Zuwachs der Behandlung zu begrüßen, aber dringend für eine gewisse Vorsicht einzutreten, zumal wenn von der Heilung besonders bösartiger Geschwulste geredet wird. Autoreferat.

Miller, James R., Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung verschieden gefilterter Röntgenstrahlen. (*Univ.-Frauen-Klin.*, *Freiburg i. B.*) Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 699—709. 1913.

Im Anschluß an die Arbeiten von Gauss und Lembcke, die durch Bestrahlungen von Pflanzenkeimlingen und Kaulquappen die größere biologische Wirkung gefilterter Röntgenstrahlen gegenüber ungefilterten zu beweisen suchten, hat Verf. eine Reihe von Untersuchungen an weißen Mäusen mit verschieden starken Filtern vorgenommen, um zu sehen, ob diese bei gleicher Kienböck-Dosis eine verschiedenartige Wirkung bedingten, und um die optimale Filterdicke für die biologische Wirkung festzustellen. Die Mäuse wurden in geeigneten Kästchen mit Filtern von 3, 5, 10, 15 mm oder ohne jede Filterung bestrahlt, die nach der Bestrahlung nicht spontan gestorbenen Mäuse wurden nach einer gewissen Zeit getötet, seziert und auch mikroskopisch untersucht. Im allgemeinen wurden die Mäuse durch eine Dosis von 30 X getötet, doch bestanden individuelle Unterschiede. Zur Untersuchung der Veränderung innerer Organe wurde die Milz verwandt, desgleichen wurden Blutausstriche gemacht; bei letzteren zeigte sich speziell eine Eosinophilie, und zwar glaubt Verf. aus dem veränderten Blutbilde auf eine starke biologische Tiefenwirkung mit steigender Filterdicke bis herauf zu 15 mm schließen zu dürfen. Auf Grund seiner Versuche, die in Tabellen eingehend dargestellt werden, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: ungefilterte wie gefilterte Strahlen üben eine schädigende Wirkung auf die Milz der weißen Maus aus, bei kleinen Dosen ist eine Reizwirkung festzustellen; verschiedene Stärke des Aluminiumfilters bedingt große Verschiedenheit der biologischen Wirkung der Strahlung, die stärkste biologische Wirkung bei tödlicher wie bei nicht tödlicher Dosis wird mit einem 10 mm dicken Aluminiumfilter erzielt; ob diese Wirkung bei Applikation kleiner Dosen gültig ist, ist nicht erwiesen. Die Wirkung hängt nicht nur von der Stärke des Filters und der Größe der Dosis ab, sondern auch davon, wie viel Zeit bei der Untersuchung seit der Bestrahlung verflossen ist. So scheint der Einfluß der stärksten Wirkung, welche bei 10 mm nach 8 Tagen festzustellen ist, schneller nachzulassen wie bei 15 und 5 mm Filter. Die biologische Wirkung gefilterter Strahlung ist intensiver als diejenige ungefilterter, sie steigt bis zu 10 mm und klingt bei größeren Filterdicken wieder ab. *Lohfeldt* (Hamburg).

Pinkuss, A., Die Mesothoriumbehandlung bei hämorrhagischen Metropathien und Myomen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 22, S 1041—1044. 1913.

Die konservative Behandlung der chronischen Metritis- und Uterusmyomblutungen hat in der neuerdings geübten Anwendung des Mesothoriums eine wesentliche Bereicherung erfahren. Analog der Wirkung der harten Röntgenstrahlen führt die radioaktive Substanz des Mesothoriums vermittels der harten γ-Strahlen eine allmähliche Verödung und Sklerosierung des Ovariengewebes herbei, wodurch — auf indirektem Wege — eine Oligo- bzw. Amenorrhöe erzielt wird. Eine direkte Beeinflussung der Uteruswand

oder des Uterusmyoms, wie sie angeblich bei der Röntgenbestrahlung statthaben soll, ist bei der Mesothoranwendung bisher nicht erwiesen und auch von untergeordneter Bedeutung. Vorteilhaft ist die für Arzt und Patientin bequeme und leichte Anwendungsart des Mesothoriums, das in Form von Kapseln auf mehrere Stunden in das hintere Scheidengewölbe eingelegt wird und von dort aus seine Strahlenwirkung auf die Ovarien ausübt. Verf. hat von der intrauterinen Applikation der Mesothoriumröhrchen bisher Abstand genommen, von der Erwägung ausgehend, daß die Strahlen auf ihrem Wege zu den Ovarien erst die dicke Uterus- bzw. Myomwand durchdringen müssen und dabei in ihrer Intensität notwendigerweise abgeschwächt würden. Zudem hält er, wie oben erwähnt, die direkte Beeinflussung der Uteruswand für nicht erforderlich und überdies noch für fraglich. Die Mesothorbehandlung ist indiziert in solchen Fällen von metritischen Blutungen, die trotz Abrasio mit nachfolgender Ätzung nicht zum Stehen kommen bzw. sich wiederholen. Selbstverständlich muß durch eine vorausgegangene histologische Untersuchung des Curettements eine maligne Neubildung der Gebärmutter ausgeschlossen sein. Sodann bei Frauen, die in einem der Menopause sich nähernden Alter stehen, etwa von Ende der 30er Jahre aufwärts, da die Gefahr der Keimschädigung eine sehr große ist.

Verf. hat mit der Mesothortherapie unter 7 Fällen von hämorrhagischen Metropathien 3 mal Amenorrhöe, 3 mal Oligomenorrhöe erzielt. Im 7. Falle wurde die Behandlung wegen nervöser Beschwerden ohne sichtbaren Erfolg unterbrochen. Bei 4 Fällen von Myomblutungen kam es 2 mal zu Amenorrhöe, 1 Fall — kindskopfgroßes Myom — wurde nach erfolgloser Behandlung operiert, die Behandlung des 4. Falles ist noch nicht abgeschlossen.

Die durch die neue Methode allmählich herbeigeführte Atrophie der Ovarien zeitigt naturgemäß Ausfallserscheinungen milderen Charakters als solche, die nach operativer Kastration und Uterusexstirpation zutage treten. Verf. glaubt, daß die neue Therapie in geeigneten Fällen den operativen Eingriff zu ersetzen vermag. Allerdings bedarf es noch weiterer Erfahrungen, um die Dosierung, Bestrahlungsdauer, sodann die Grenzen des Anwendungsgebietes und der Indikationsstellung zu bestimmen.

Harf (Berlin).

Kahn, Friedel, Physikalische, chemische und biologische Eigenschaften von Thorium X. (*Med. Klin., Univ. Kiel*) Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 480 bis 488. 1913.

In einem kurzen Vortrag werden die Ergebnisse der Forschung über das in der Überschrift charakterisierte Gebiet dargestellt. Anschließend teilt Verf. einige eigene Versuche mit, die mit dem Thorium-X-Präparat „Doramad" durchgeführt wurden. Die Nachprüfung der im Reagensglasversuch von Falta und Zehner erhobenen Befunde einer Veränderung leichtoxydabler Substanzen ergab folgende Resultate: Für Adrenalin wurde die Beobachtung bestätigt, dagegen wurde Methylenblau nicht entfärbt (4000 el. E.), Indigo blieb in den ersten 24 Stunden unverändert, Cochenille blaßte nur ab; die Farbstofflösungen wurden vor dem Thorium-X-Zusatz aufgekocht. Die Frage, ob Thorium X durch Ozonierung wirkt, oder ob direkte chemische Wirkungen mitspielen, wird durch diese Versuche nicht entschieden. Weitere Versuche betreffen das proteolytische Ferment der Leukocyten; Untersuchungen mit der Serumplatte scheinen „eine gewisse Beeinflussung" zu ergeben. — Die bactericide Wirkung wird durch einen Versuch, in dem zwei nicht sterile Petrischalen mit Agar, von denen einer eine Thorium-X-Lösung (2000 el. E.) zugesetzt wird (Wachstumshemmung) bestätigt. Pflanzenversuche mit Gartenkressesamen ergaben, daß kleine Dosen wachstumsreizend, große dagegen hemmend wirken; doch geht der definitiven Wachstumswirkung ein Stadium in umgekehrtem Sinne voraus: vor der Förderung eine Hemmung und umgekehrt. — Erwähnt sei noch, daß Verf. bei der klinischen Anwendung von Thorium X bei kleinen Dosen (tgl. 50 el. E. per os) Parästhesien, Vasomotorenstörung und Erythem an den erkrankten Gelenken beobachtete. *Salle* (Berlin).^M

Wickham, Louis, Modifications histologiques produites par les rayons sur les tissus. (Über die durch Bestrahlung hervorgerufenen histologischen Ver-

änderungen der Gewebe.) (*Laborat. biol. du radium, Paris*). Arch. d'électr. méd. Jg. **21**, Nr. 358, S. 433—447. 1913.

Verf. berichtet dem IV. internationalen Kongreß für Physiotherapie (Berlin 1913) auf Grund der eigenen Untersuchungen und einer Auswahl der wichtigeren in der Literatur niedergelegten Tatsachen über die Einwirkung von Strahlen verschiedenster Art auf normales und pathologisches Gewebe. Es handelt sich mehr um die Fixierung der Hauptpunkte als um eine ausführliche Darstellung. — Jede Bestrahlung beeinflußt die bestrahlte Zelle. Die Stärke der histologischen Veränderung ist abhängig von: 1. der Sensibilität der Zelle, 2. der in der Zeiteinheit absorbierten Strahlenmenge, 3. der Strahlenqualität, 4. dem seit der Bestrahlung verflossenen Zeitraum, 5. der Filtration der Strahlen durch die äußeren Gewebsschichten. Die Sensibilität der (jungen) Zellen wird, an Hand des von Bergonié und Tribondeau aufgestellten Gesetzes, besonders hervorgehoben. — Am normalen Gewebe wird die Analogie der Röntgen- und Radiumwirkung, an der Haut auch die der Röntgen-, Radium-, Sonnenlicht- und Finsenstrahlenwirkung betont; die Unterschiede können als rein quantitative angesehen werden. Die histologischen Veränderungen von Carcinomen und Sarkomen werden an einigen Beispielen eingehender besprochen, die verschiedenen Stadien der Heilung verdeutlicht; auch hier ist es, rein histologisch, schwer, den Einfluß von Röntgen- und Radiumstrahlen zu trennen. Sarkom- und Krebsveränderungen zeigen zwar den gleichen Mechanismus, doch deutliche Unterschiede im einzelnen. Die Veränderung des Blutes und blutbildenden Apparates (Leukämie) wird kürzer erwähnt. Von Bedeutung sind die Berichte über Radiumwirkung auf Angiome (der Prozeß besteht im wesentlichen in einer Gewebsverjüngung, nicht in einer einfachen Destruktion) und, in ähnlicher Weise, auf Keloide. Bezüglich der histologischen Veränderung der Hauttuberkulose wird u. a. auf die Arbeiten von Jansen (Kopenhagen) verwiesen. — Der histologischen Gleichartigkeit in der Wirkung verschiedenster Strahlen wird die in der Praxis sehr verschiedene technische Verwendbarkeit der einzelnen Bestrahlungsarten gegenübergestellt. *Hesse.*[M]

Falta, Chemische und biologische Wirkung der strahlenden Materie. Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 357—367. 1913.

Das dem IV. Internationalen Kongreß für Physiotherapie erstattete Referat bringt eine übersichtliche Darstellung der chemischen Wirkungen der radioaktiven Substanzen, ihrer Wirkung auf Fermente, pflanzliche Organismen, auf niedere und höhere tierische Organismen. Bei der Würdigung der biologischen Wirkungen wird die Frage der Dosierung als besonders wichtig hervorgehoben, da die Bécquerelstrahlen in kleinen Dosen die im Protoplasma sich abspielenden Prozesse fördern, in großen Dosen zerstörend wirken. *Salle* (Berlin).[M]

Drießen: Rondreis betreffende Radiumtherapie. (Rundreise für Radiumtherapie.) (*Universitätsklin., Amsterdam.*) Sitzungsber. Niederl. Gynaecolog. Ges. vom 18. Mai 1913.

Im Auftrag der Klinik hat Drießen Freiburg, Heidelberg, Düsseldorf, Frankfurt und Aachen besucht. Er unterscheidet die scharfe Gruppe Freiburg und die milde Gruppe Hamburg, und beschreibt die bekannten, an den genannten Kliniken üblichen Methoden, ohne ein abschließendes Urteil geben zu können. In der Diskussion warnen Kouwer und Nyhoff vor zu großem Optimismus, im Schlußwort hebt D. hervor, daß die Frage sowohl in Deutschland als in Frankreich noch im Fluß ist und große Vorsicht in der Anwendung bedingt, aber schon jetzt glänzende Ergebnisse aufzuweisen hat. *Stratz* (den Haag).

Langenhagen, R. de, De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie. (Über die mißbräuchliche und unvorsichtige Anwendung zu heißer Vaginalspülungen in der Gynaekologie.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21**, (Nr. 5), S. 129—133. 1913.

Durch die ausgezeichneten Erfolge, welche die heißen Spülungen von 48—50° C bei Blutungen nach Geburten aufweisen, wurden solche Spülungen auch vielfach in der Gynaekologie angewandt. Manche Frauen haben sich ohne jeden Grund systematisch an diese gewöhnt, während dieselben doch große Schädigungen bringen können. Zu-

nächst tritt bei der heißen Scheidenspülung eine Kontraktion der Blutgefäße ein, die aber nur von kurzer Dauer ist und der bald eine Erweiterung derselben mit starker Hyperämie folgt. Wenn es sich um Metrorrhagien bei Myomen und in der Menopause, sowie um periuterine Entzündungen handelt, so erreicht man durch heiße Vaginalspülungen sehr viel. Die Spülungen sollen groß sein und oft wiederholt werden. Richelot hat 1909 sogar angegeben, daß er Spülungen von 60—100 l machte, hierfür ist der Badeort Luxeuil mit seinen heißen Mineralquellen sehr geeignet. Richelot hat eine ganz bestimmte Technik des Verfahrens in Luxeuil angegeben. Hier wird das Wasser, welches eine konstante natürliche Temperatur von 48—50° hat, in geschlossenen Röhren bis zur Anstalt geleitet, der Druck läßt sich bis auf ein Minimum reduzieren, so daß es sich eigentlich um ein lokales Bad der Cervix und der Vaginalwand handelt. Diese Prozedur dauert 15—25 Minuten, und es wird dann noch eine vaginale Spülung unter höherem Druck von 10—20 Minuten Dauer angeschlossen. Es wird so die Resorption von Exsudaten begünstigt, Adhäsionsbildung verhindert und den Geweben die normale Elastizität wieder gegeben. Diese Behandlungsart darf man aber nicht wahllos verallgemeinern, sondern man muß individualisieren, denn bei vielen Kranken rufen solche heißen Spülungen schmerzhafte Reaktionen hervor. Bei derartig sensiblen Patientinnen soll man eine Temperatur von 38—40—42° anwenden. Richtig und unter ärztlicher Kontrolle angewandt geben die heißen Spülungen vorzügliche Resultate bei den schmerzhaften Folgezuständen der Entzündungen des Beckenbindegewebes, bei Exsudaten und Adhäsionen, bei chronischem Ödem und Kongestionsbeschwerden am Uterus. Direkt schädlich sind sie dagegen bei gesunden Frauen, von denen sie häufig angewandt werden wegen einer angeblichen Leukorrhöe. Sie können hier Sterilität hervorrufen. Gestatten kann man indifferente Ausspülungen nach den Menses oder 2—3 mal die Woche zur Reinigung. Die contractilen Elemente der Tuben, des Uterus und sogar der Vagina sorgen auch schon selbst für eine Reinigung der Schleimhaut. *Bretz* (Bonn).

Beck, Über Eisensajodin. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 24, S. 660—664. 1913.

Die bisher mit Eisensajodin erzielten Resultate werden vom Verf. dahin zusammengefaßt, daß dieses Mittel, sowie seine beiden Variationen, der Eisensajodin-Lebertran und die Eisensajodin-Emulsion von recht guter Wirkung überall da sind, wo man eine energische und langdauernde kombinierte Eisen- und Jodwirkung erzielen will, und daß sie wegen des Fehlens jeder üblen Nebenwirkung allen bisher in diesen Fällen verordneten Jodeisenmedikamenten vorzuziehen sind. Besonders hervorzuheben sind noch der angenehme Geschmack und die bequeme, sichere Dosierung des Mittels. *Jaeger* (Leipzig).

Hammer, F., Ein neues Wundpulver. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21. S. 1150. 1913.

Das von Hammer besonders zur Reinigung eiternder Wunden empfohlene Wundpulver besteht aus Sägemehl von Hartholz, das im Tiegel unter stetem Umrühren geröstet und dann fein gesiebt worden ist. („Scobis tosta cribrata".) Besonders gut soll es mit 10% Jodoformpulver vermischt wirken. Auf Schleimhäuten (Vagina) soll die Unannehmlichkeit des zu festen Anhaftens durch Umhüllung des gerösteten Sägemehls mit Gazesäckchen oder durch Vermischung mit Bolus zu gleichen Teilen vermieden werden. *M. v. Brunn* (Bochum).[Ch]

Schreiber, E., Über Stillung innerer Blutungen durch intravenöse Traubenzuckerinjektionen. (*Krankenh., Magdeburg-Sudenburg.*) Therap. d. Gegenw. Jg. **54**, H. 5, S. 195—196. 1913.

Mit intravenöser Infusion von etwa 200 ccm einer 5—20 proz. Traubenzuckerlösung hat Schreiber bei Magen- und Typhusblutungen günstige hämostyptische Erfolge gesehen. Er erklärt die Dynamik so wie sie von den Velden für die Wirkung intravenöser Injektion hypertonischer Kochsalzlösungen angegeben hat und sieht in der Zuckerinjektion wegen des wenn auch geringen Nährwertes einen gewissen Vorteil. *von den Velden.*[M]

Hoskins, R. G., and John W. Means, The relation of vascular conditions to pituitrin diuresis. (Über die Beziehung der Zirkulationsbedingungen zur Pituitrindiurese.) (*Starling Ohio med. coll., Columbus, Ohio.*) Journal of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. **4**, Nr. 5, S. 435—441. 1913.

Versuche an Hunden in Äther-Urethannarkose. Subcutan oder intravenös in-

jiziertes Pituitrin führt zur Vermehrung der Diurese unabhängig vom Verhalten des Blutdrucks und Pulsdrucks; am häufigsten findet sich während der Pituitrindiurese ein verminderter Pulsdruck. Das Pituitrin wirkt also direkt als Reiz auf die Nierenzellen, dessen Wirksamkeit wahrscheinlich meist durch eine Gefäßerweiterung in der Niere erhöht wird. *E. Neubauer* (Karlsbad).[M]

Allgemeine Chirurgie:

Dufaux, Bemerkungen zu dem in (Zeitschrift für Urologie) Bd. 7, H. 1, 1913, S. 34 erschienenen Aufsatz von Dr. Felix Hagen über: Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 5, S. 378—385. 1913.

Verf. steht im Gegensatz zu Hagen, der die Formalindesinfektion für brauchbar hält, auf dem Standpunkt, daß eine Dampfsterilisation bedeutend wirksamer und für die Instrumente zum mindesten nicht schädlicher sei. Formol greift seinerseits sowohl Metallinstrumente, die es rauh macht, wie halbweiche Katheter, die es klebrig macht, an, außerdem macht das anhaftende Formalin beim Gebrauch auf der Schleimhaut ziemliche Reizerscheinungen. Formalin bewirkt dies allerdings nur, wenn es sich in wässeriger Lösung auf den Instrumenten niederschlägt, aber es wirkt auch nur so desinfizierend; die Dämpfe, die sich aus Formalin, Formalith oder Trioxymethylen in Pastillenform entwickeln, sind bei weitem nicht so wirksam. Verf. empfiehlt seine sterilen Glastuben, die etwa 20 Katheter fassen, die entschieden handlicher seien als der von Hagen empfohlene Glasschrank, auch die Erhaltung einer dauernden Asepsis beim Herausnehmen der Instrumente besser gewährleisten könnten. Die Anschaffungskosten seien gering, die Glaszylinder bilden einen Schmuck für jedes Sprechzimmer. *Neumann.*[CH]

Thibaut, Recherche sur la stérilisation des instruments de chirurgie et de gants de caoutchouc par immersion dans l'alcool. (Untersuchungen über die Sterilisation chirurgischer Instrumente und Gummihandschuhe durch Eintauchen in Alkohol.) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24**, Nr. 4, S. 55—56. 1913.

Thibaut stellte Versuche an, ob Sterilisation chirurgischer Instrumente durch einfaches Eintauchen in 96 proz. Alkohol möglich sei; die Resultate waren nicht zufriedenstellend. Auch Gummihandschuhe versuchte er durch Einlegen in 96 proz. Alkohol zu sterilisieren, ebenfalls ohne Erfolg; Impfversuche mit Gummihandschuhen, die 1/2—7 Stunden in Alkohol gelegen, ergaben stets Infektionskeime. Brauchbarer erwies sich eine Alkohol-Formol-Mischung (10 : 1000); eingelegte Instrumente und Handschuhe waren nach 7 Stunden steril. Mit Rücksicht auf die Länge und Unvollkommenheit dieses Sterilisationsverfahrens ist die Methode für dringende Fälle nicht geeignet. *Gergö* (Budapest).[CH]

Depree, H. T., Adrenalin in chloroform anaesthesia. (Adrenalin bei Chloroformnarkose.) Brit. med. journal Nr. **2730**, S. 879—880. 1913.

Bei einem 26jährigen Patienten wurde eine Operation am Nasenseptum in Chloroformnarkose ausgeführt. Nach 7—8 Minuten normaler nicht tiefer Narkose wurde 0,5 Adrenalin (1 : 1000) in das Septum injiziert. 1 Minute darauf Aussetzen des Pulses, kurz darauf der Atmung. Alle Wiederbelebungsversuche (künstliche Atmung, Sauerstoff, Hypophysenextrakt) blieben erfolglos. Die Sektion ergab nichts Pathologisches. Nach Experimenten von Levy soll die Injektion von Adrenalin weniger gefährlich bei tiefer als bei oberflächlicher Narkose sein. Depree glaubt diesen Umstand zur Begründung des Todesfalls mit anführen zu müssen. *Schlesinger* (Berlin).[CH]

Davies, Frank L., Administration of ether with the Shields mask. (Die Anwendung der Shields-Maske für die Äthernarkose.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 92, S. 998—1000. 1913.

Von allen Narkosearten hat den Verf. diese am meisten befriedigt, wenn sie natürlich auch keine Idealmethode darstellt. Er weist darauf hin, daß man die Zungenzange oder Naht, wenn sie einmal nötig sei, wegen der damit für den Pat. verknüpften Unannehmlichkeiten leicht vermeiden könne, wenn man die Zunge, mit Gaze umwickelt, mit den Fingern hielte. *Kulenkampff* (Zwickau).[CH]

Salvetti, Carlo, Cloroformio od etere?! (Chloroform oder Äther.) (*Osp. magg., Bergamo.*) Rif. med. Jg. **29**, Nr. 16, S. 428—432. Nr. 17, S. 457—460. Nr. 18, S. 488—490, Nr. 19, S. 516—519 u. Nr. 20, S. 545—549. 1913.

In den Hospitälern Italiens wird nach Salvettis Ansicht der Äther noch viel zu wenig zur Narkose angewandt, er stellt in der Arbeit die Vorteile zusammen, die der Äther vor dem Chloroform hat. Nachdem er die Geschichte beider Narkotica besprochen hat, schildert er die

Eigentümlichkeiten des Chloroforms, die reizende Wirkung auf die Schleimhaut der Bronchien, die zur fettigen Degeneration der Epithelien der Bronchien und Alveolen, zur Atelektase und Emphysem führt. Durch den Übertritt ins Blut werden die roten Blutkörperchen zerstört, die graue Substanz des Gehirns sättigt sich in $2^1/_2$, die weiße in 35 Minuten mit Chloroform. Das vasomotorische Zentrum und der motorische Muskelapparat des Herzens wird nach vorübergehender Erregung gelähmt, das Gewebe der Nieren und der Leber fällt der fettigen Degeneration anheim. Der Äther reizt die Schleimhaut der Luftwege und die Speicheldrüsen, er schädigt die roten Blutkörperchen nicht so sehr wie das Chloroform, ruft aber eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen hervor. Die nervösen Elemente werden nicht in dem Grade wie durch Chloroform geschädigt; die Atmung kann, wenn nicht rechtzeitig mit der Fortgabe des Äthers aufgehört wird, gelähmt werden, zu einer kardialen Synkope kommt es aber fast nie, der Blutdruck wird eher durch das Mittel erhöht. Leber-, Nieren- und Herzmuskel werden nur selten durch Äther zur Degeneration gebracht. Nach allem diesen muß der Äther für ungefährlicher als das Chloroform gehalten werden. Auch die Komplikationen, die ihm zur Last gelegt werden, z. B. hochgradiger Speichelfluß und Lungenentzündungen lassen sich dadurch ausgleichen, daß der Kopf tief gelegt und der Äther tropfenweise mit Luft vermischt gegeben wird. Die septischen Embolien und Lungenembolien, die zuweilen dem Gebrauch des Äthers zugeschrieben sind, können ihm nach des Verf. Ansicht nicht zur Last gelegt werden, sondern sie sind durch andere Ursachen bedingt. Statistisch weist Verf. an Tabellen nach, daß die Mortalität nach Chloroformnarkosen 5 mal größer ist als nach Äthernarkose. Zum Schluß appelliert Verf. an die Kliniken Italiens mit der Forderung, den Äther mehr als bisher zur Narkose zu verwenden, und zwar in der Form der Äther-Tropfnarkose. Die rectale und endovenöse Anwendung wird verworfen. *Herhold* (Hannover).CH

Embley, E. H., The anaesthesia of nitrous oxide and ether with oxygen. (Die Narkose mit Lachgas und Äther-Sauerstoff.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 92, S. 997—998. 1913.

Verf. berichtet, ohne nähere Angaben über sein Material zu machen, über seine Erfahrungen mit dieser Narkose. Er benutzt nicht den meist in Amerika gebrauchten Teter-Apparat, sondern den von Hewitt, und gibt $^3/_4$ Stunden vor der Operation eine Morphium-Scopolamin-Atropininjektion. Kontraindiziert ist diese Narkose bei Herz- und Gefäßdegeneration und Atemstörungen infolge von Lungenerkrankungen. Die Methode erscheint ihm so ungefährlich wie die reine Äthernarkose, vor der sie den Vorzug seltenerer postoperativer Störungen und einer stets genügenden Arterialisation des Blutes hat, und ungefährlicher wie die Chloroformnarkose. *Kulenkampff* (Zwickau).CH

Hunt, Charles S., Preparation of patient for general anesthesia. Selection of the anesthetic and its application. (Vorbereitung des Patienten für Allgemeinnarkose. Auswahl des Anaestheticums und seine Anwendung.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 4, S. 114—118. 1913.

Hunt hält stärkeres Abführen unmittelbar vor der Operation für unzweckmäßig. Die Wirkung des Abführmittels soll am Tage vor der Operation aufhören. Darauf soll flüssige Diät gegeben werden. Ein Katarrh der Nase oder des Rachens soll vorher behandelt werden. Morphium und andere Alkaloide werden nicht von allen vertragen, sollen daher nicht allgemein angewandt werden. Man soll sie dort geben, wo nur leichte Narkose nötig ist, jedoch nicht vor einer langen Chloroformnarkose. Betreffs der Wahl des Anaestheticums bevorzugt H. für Kinder heiße Ätherdämpfe oder Äthertropfmethode. Das gefährlichste Mittel für Allgemeinnarkose ist Äthylchlorid. Manchmal wurde danach Spätkollaps gesehen, außerdem oft Kopfschmerz und Erbrechen. Der Begeisterung für die Lachgas-Sauerstoffnarkose, die heute in Amerika herrscht, kann sich H. nicht anschließen. Dieselbe erfordert einen komplizierten Apparat, eine sehr große Übung und ist unsicher bezüglich der Muskelentspannung. Nur für ganz kurze Operationen ist sie geeignet. Äther und Chloroform, richtig angewandt, sind die zuverlässigsten Anaesthetica. *Schlesinger* (Berlin).CH

Rowlands, R. P., Preparation of the patient for abdominal operations, and some points on the after-treatment. (Vorbereitung des Patienten für Bauchoperationen und einiges über die Nachbehandlung.) Guy's hosp. gaz. Bd. **27**, Nr. 650, S. 209—214. 1913.

Die Vorschriften über die Vorbereitung unterscheiden sich nicht von den bei uns gebräuchlichen. Bezüglich der Nachbehandlung wird bei Kollaps nach der Operation anstatt Kochsalzlösung auch manchmal eine isotonische Dextroselösung injiziert.

Bei großer Gefahr wird direkt in die Vene eingespritzt. Gegen das postoperative Erbrechen werden warme Umschläge auf den Leib empfohlen, ev. eine Lösung von gleichen Teilen Bromkali und Chloralhydrat per rectum. Bei schweren Fällen von postoperativer Darmlähmung wird ein Terpentineinlauf (Terpentin 1, Stärkelösung 15 Teile) empfohlen. Zur Vermeidung von Thrombose und Embolie soll man sofort Bewegungen ausführen und sobald als möglich aufstehen lassen. Ferner begünstigt eine zu ausschließliche Milchdiät die Gerinnung wegen der großen Menge der Kalksalze. Oft ist die Thrombose auch auf Bakterieneinwanderung von der Operationsstelle aus zurückzuführen (Asepsis!). Bei Lungenembolie soll man immer die Anwendung von Sauerstoff und Strychnin versuchen. *Schlesinger* (Berlin).CH

Friedmann, M., Über intravenöse Dauerinfusion. (*Komun. Krankenh., Langendreer i. W.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 19, S. 1022—1025. 1913.

Das Tropfklistier ist geeignet, die subcutane und intramuskuläre Infusion zu verdrängen. In Fällen jedoch, in denen der Patient nicht imstande ist, den Einlauf zu halten, bei denen auch — z. B. Peritonitis — unangenehme Sensationen von Völle im Leibe auftreten, ist die intravenöse Infusion nach Haidenhain das beste Verfahren, um Flüssigkeit, besonders auch Medikamente dem Kranken zu verabreichen. Es hat sich dabei jedoch gezeigt, daß eine brüske intravenöse Infusion, zumeist noch die Zufuhr einer größeren Dosis Adrenalin, eine starke Erhöhung des Gefäßtonus und eine Gefahr für das Herz darstellt. Verf. hat sich deshalb der intravenösen Dauerinfusion zugewandt, bei der in der Zeiteinheit nur geringe Mengen infundiert werden, die Dauer der Infusion jedoch auf viele Stunden ausgedehnt wird. Die Technik der Infusion ist die übliche, nur daß Kanüle und Arm, außerdem der mit der Infusionsflüssigkeit gefüllte Trichter sicher befestigt werden müssen. Zur Regulierung der Einlaufsgeschwindigkeit ist ein kleiner Quetschhahn an dem Gummischlauch angebracht. Die mit dem Verfahren erlangten Eindrücke faßt Verf. folgendermaßen zusammen: 1. Der Blutdruck schnellt bei der tropfenweisen Zufuhr von Kochsalz-, Adrenalin-, Digalenlösung nicht plötzlich in die Höhe, sondern steigt langsam und hält sich während der Dauer der Infusion auf derselben Höhe. 2. Vermeiden von jedweden Nebenwirkungen. 3. Keine übermäßige Belastung des Herzens. 4. Das Herz erträgt bei langsamer Zufuhr auch größere Mengen Flüssigkeit, so daß eine ausgiebigere Durchspülung des Organismus und bessere Diurese erreicht wird. *Neumann* (Heidelberg).CH

Allgemeines über Geschwülste:

Robin, Albert, Sur le métabolisme des chlorures urinaires chez les cancéreux. (Über die Änderung der Chlorsalze im Urin bei Krebskranken.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156**, Nr. 16, S. 1262—1263. 1913.

Das Carcinom hat gar keinen Einfluß auf die Ausscheidung der Chlorsalze im Urin. Diese hängt ausschließlich von der Ernährung ab. Man kann die Krebskranken in bezug auf die Ausscheidung der Chlorate, des Gesamtstickstoffs und der anorganischen Rückstände in 3 Gruppen teilen: 1. Die genannten 3 Symptome sind normal. Die Krankheit ist in diesem Falle noch lokalisiert, und falls die Ausscheidung auch dauernd normal bleibt, so ist die Entwicklung des Carcinoms eine sehr langsame. 2. Die Ausscheidung der Chlorate nimmt ab, Stickstoff bleibt normal: die Krankheit nimmt in diesem Falle rapid zu. 3. Alle drei genannten Substanzen werden nur in ganz geringen Mengen ausgeschieden: Zeichen der fortgeschrittenen Krankheit und Kachexie. Verf. meint, daß die palliative Therapie des Carcinoms diese Momente berücksichtigen sollte. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).CH

Unterricht und Lehrmittel:

● **Hildebrand, Otto, Grundriß der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluß der Untersuchungen am Lebenden. 3. verb. u. verm. Aufl.** Wiesbaden, Bergmann. 1913. XIX, 352 S. M. 12,60.

Die kurze, knappe Form der Darstellung, verbunden mit sehr übersichtlichen und klaren Abbildungen geben eine Anleitung für das chirurgische Handeln. Entsprechend den mancherlei Fortschritten, besonders auf dem Gebiete der Hirn- und Rückenmarkschirurgie, sind diese Kapitel vom Verf. einer sorgfältigen erweiterten Umarbeitung unterzogen worden. Es ist hier auch ein besonderes Gewicht darauf gelegt, der heute sehr verbreiteten Lokal- und Leitungsanästhesie gerecht zu werden, und so sind am Schlusse jedes Kapitels anhangsweise die Wege zur Desensibilisierung der einzelnen Gebiete gewiesen. Einen wesentlichen Vorteil bietet die neue Auflage. Das sind die

recht guten Übersichtsbilder über die Verbreitungsweise der Lymphbahnen und die Verteilung der Lymphdrüsen, da dadurch eine leichte Orientierung über die Ausbreitungsweise der malignen Geschwülste gegeben ist. Die topographische Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane ist in kurzer, knapper Weise abgehandelt. Im übrigen eignet sich das Buch für den allgemeinen chirurgischen Praktiker zur schnellen Orientierung. *Penkert* (Halle a. S.).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Bauer, H. F.: Atresia hymenalis. (Atresie des Hymen.) Ned. Maandschrift voor verlosk. en vrouwenz. Jg. **2,** Nr. 6, S. 365—371. 1913.

Mädchen von 17 Jahren mit Hämatokolpos, bei dem ein Stück des Hymens excidiert wurde; in einem andern Fall von Hämatokolpos bei einem 14jährigen Mädchen wurde auch ein Stück der Scheide mit excidiert. Beide Stücke ergaben mikroskopisch: an der Außenfläche mehrschichtiges Pflasterepithel, an der Innenseite hohes Cylinderepithel mit drüsenartigen Einstülpungen; im dazwischenliegenden Bindegewebe glatte Muskelfasern. Keine Spuren von Entzündung. Auf der im zweiten Falle mitentfernten Vaginalwand fanden sich nur einige Überreste von Epithel und Infiltration mit Leukocyten. Aus der sich daran anschließenden kritischen Literaturbesprechung zieht der Verf. den Schluß, daß seine Fälle ebenso wie der früher von C. van Tussenbrock veröffentlichte Belege für die Annahme der angeborenen Atresie bilden. *Stratz* (den Haag).

Uterus:

Bockstaele, van, Un cas d'absence de l'utérus. (Ein Fall vom Fehlen des Uterus.) Journal de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **13/21,** Nr. 5, S. 94—95. 1913.

Bockstaele beschreibt diesen Zustand bei einer von 4 Schwestern, von denen noch zwei andere die gleiche Mißbildung aufzuweisen hatten. Die betreffende Patientin wurde unter den Erscheinungen eines Ileus eingeliefert, bei der Laparotomie fand sich diese Diagnose aber nicht bestätigt. Die Scheide war nach oben blind geschlossen, auf beiden Seiten fand sich im Becken in einer kleinen Ligamentfalte ein Körper, ähnlich einem Ovarium. Beide wurden entfernt, zeigten aber makroskopisch mehr das Aussehen von Uterusgewebe, als das von Ovarialgewebe. Die Krankheitserscheiungen gingen erst nach der Überlieferung der Kranken nach Hause zurück. *Frankenstein* (Köln).

Harper, Frances A., Uterine hemorrhage and its treatment. (Uterusblutungen und ihre Behandlung.) Med. council Bd. **18,** Nr. 5, S. 173—175. 1913.

Für die Beurteilung von krankhaften Störungen kommt es mehr auf die Regelmäßigkeit der Periode als auf die Stärke des Blutverlustes an. Kurze Aufzählung der gewöhnlichen Ursachen einer Irregularität: allgemeine und lokale Affektionen. Im allgemeinen stets kausale Therapie. In besonderen und schwer zu beherrschenden Fällen von Uterusblutungen, auch ovariellen Ursprungs, Anwendung des galvanischen Stromes: positive Elektrode in die Vagina oder auf den Unterleib, negative auf den Rücken oder in die Hand; Dosis 20—40 Milliampère. Beschreibung eines auffällig erfolgreichen Falles, bei dem innerhalb 10 Minuten die sehr starke Blutung, die wahrscheinlich durch einen Abort bei Retrodeviation verursacht war, zum Stehen gebracht wurde. Galvanische Behandlung in wechselnden Zwischenräumen wird auch sonst bei Blutungen empfohlen, in dringenden Fällen mit Gazetamponade oder medikamentöser Behandlung kombiniert. *Schröder* (Rostock).

Peterson, Reuben, The present status of the radical abdominal operation for cancer of the uterus. (Der gegenwärtige Stand der radikalen, abdominalen Uterusextirpation wegen Carcinom.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 5, S. 563—565. 1913.

Peterson sieht die Unbeliebtheit der in Deutschland und Österreich so verbreiteten radikalen abdominalen Operation bei Uteruskrebs in Amerika zunächst in der großen Mortalität der Operation und den gefährlichen Nebenverletzungen und

Nachkrankheiten, ferner in der noch mangelhaften Schulung des ärztlichen und Laienpublikums in der Beachtung der Frühsymptome des Leidens. Er rät den Operateuren sich spezialistischer in der Technik der Operation zu vervollkommnen und das Laienpublikum nach Art der Winterschen Vorschläge seitens der medizinischen Gesellschaften mehr für die frühe Erkennung der Symptome aufmerksam zu machen. *Czempin.*

Landinski, L. J., Adenosarcoma of the cervix following supravaginal hysterectomy for fibroids. (Adenosarkom der Cervix nach supravaginaler Amputation des Uterus wegen Fibrom.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 26. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 1010—1011. 1913.

Landinski beschreibt einen Fall von sarkomatöser Degeneration eines Fibroms bei einer 46jährigen Pat. Die Diagnose wurde erst nach der Operation gestellt, diese selbst war wegen starker Blutungen vorgenommen worden. *Czempin* (Berlin).

Landinski, L. J., Sarcomatous degeneration of a uterine fibroid. (Sarkomatöse Degeneration eines Uterusfibroms.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 26. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 1010. 1913.

Ein Fall, der der Registrierung wert ist. Nach einer supravaginalen Amputation des fibromatös entarteten Uterus war 7 Monate später ein auf dem Cervixstumpf sitzender orangegroßer weicher Tumor diagnostiziert worden, der zwischen Blase und Rectum adhärent saß. Seine mikroskopische Untersuchung nach der Entfernung ergab Adenocarcinom.

Landinski ist der Ansicht, daß hier die fibromatöse Entartung des Uteruskörpers gleichzeitig mit der carcinomatösen Entartung des Cervix aufgetreten sei und will hieraus Schlüsse für die Entfernung der Cervix bei der Laparo-Myomotomie ziehen. *Czempin* (Berlin).

Rieck, A.. Zur Begründung und Technik der Defundatio uteri. Frauenarzt Jg. **28**, H. 6, S. 242—251. 1913.

Schräge Resectio corporis uteri, eine Operation zur Dosierung übermäßig starker Regel = Defundatio uteri. Verf. betont seine Priorität auch in der Erfindung der Operation. Im allgemeinen Erwiderung auf Thorns Einwände zugunsten der Totalexstirpation. Gründe für die Defundatio gegenüber der Totalexstirpation sind kürzere Operationsdauer (20 zu 45—50 Min.) und einfachere glattere Technik. Keine Kontraindikation durch die Größe des Uterus oder Verwachsungen oder selbst nicht Pyosalpingen. Verteidigung der möglichst schnell extraperitonisierenden Methode, ihre Vorzüge liegen in der Vermeidung der peritonealen Reizerscheinungen und anderer Störungen nach Totalexstirpation. Der Stumpf, in den möglichst wenig Ligaturen kommen, macht keine peritonealen Reizerscheinungen, wohl aber fieberhafte eitrige oder jauchige Prozesse im extraperitonealen Wundgebiet. Hier liegt das Hauptproblem, besonders wegen des Erfolges der Defundatio im Erhaltenbleiben der Regel; Wichtigkeit dieses Punktes gegenüber der Amenorrhöe nach Totalexstirpation. Guter Heilungsverlauf. Beschreibung des Verfahrens. *Schroeder* (Rostock).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Pollosson, Le diagnostic des kystes de l'ovaire. (Die Diagnose der Ovarialcysten.) Gaz. de gynécol. Bd. **28**, Nr. 647, S. 169—171. 1913.

Genaue Besprechung der Diagnose, Aufzählung der Symptome, Besprechung des Einflusses der Cysten auf die Menstruation und auf die Brüste. Besondere Besprechung der im Becken gelegenen Cysten, deren Differentialdiagnose gegen eine Retroflexio uteri gravidi, gegen Myome, cystische Salpingitis und Hämatocele retrouterina genauer berücksichtigt wird. *Frankenstein.*

Kloss, Helene, Ein Fall eines in einem Teratom des Ovariums entstandenen Sarkoms mit sarkomatöser Metastase im großen Netz. (*Pathol. Inst., Univ. Bonn.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24**, Nr. 11, S. 482—484. 1913.

Von den Sarkomen in Ovarialteratomen sind die meisten als vom Ovarium ausgegangene, nachträglich in das schon vorher vorhandene Teratom hineingewucherte aufzufassen. Die im Teratom entstandenen Sarkome sind viel seltener.

Ein in diese letzte Gruppe gehöriger Fall wird eingehend beschrieben: Der Tumor hat

Kindskopfgröße und stellt eine einkammerige Cyste dar, in deren Innerem sich an 4 Stellen kleine Geschwulstknoten befinden; die mannskopfgroße Netzmetastase ist solid und derb. Mikroskopisch zeigen die Wandpartien der Cyste das Bild eines reinen Teratoms, die isolierten Knoten das eines Spindelzellensarkoms. Die Netzmetastase zeigt denselben fibro-sarkomatösen Bau wie der primäre Tumor im Ovarialteratom. *Ebeler* (Köln).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Ziegenspeck, Parametritis chronica und Lageveränderungen. 15. Versamml. d. dtsch. Gesellsch. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.

Ziegenspeck wendet sich gegen neuerdings auftauchende Anschauungen, als gäbe es keine Parametritis chronica oder als handle es sich um eine chronische Peritonitis, mit dem Hinweise auf die von Virchow zuerst beschriebene und benannte Parametritis acuta puerparalis, aus welcher die chronische Form so häufig sich herleitet. Er weist hin auf die anatomischen Arbeiten von König, Rosthorn, W. A. Freund und ihm selbst. Z. erinnert an die älteren von Schultze hervorgehobenen differentialdiagnostischen Merkmale zwischen Parametritis chronica und Peritonitis chronica und fügt 3 weitere neue hinzu. 1. Scheinbares Herabgedrängtsein der betroffenen Seite des Scheidengewölbes, 2. Bewegbarkeit des fixierten Uterus bei der Parametritis in Richtung von Beckendurchmesser, bei der Peritonitis in Kreissegmenten, 3. Sichtbarmachen der parametritischen Schwiele im Rinnenspeculum. Hinsichtlich der Therapie findet er die Heilung mittels Ventrofixation (W. Broese) als zu unsicher und zu teuer erkauft. L. Fränkel will durch Implantation vom Peritoneum aus dem Netz die Douglasische Falte verlängern. Er tut das gleiche zur Heilung einer bindegewebigen Schwiele, als wenn jemand bei Dupuytrenscher Contractur der Palmaraponeurose Hautstücke implantieren wollte. Massage und Ausdehnung führt hier wie dort in kürzerer Zeit und ätiologisch richtig zur Heilung. Autoreferat.

Bauchorgane:

Silvan, C., Linfo-angio-endotelioma del peritoneo e linite gastro-intestinale. (Lymph-angio-endotheliom des Peritoneums und Linitis des Magendarmkanals.) (*Istit. d'anat. patol., univ. Parma.*) Clin. med. ital. Jg. **52,** Nr. 3, S. 129—153. 1913.

In der ausführlichen Arbeit, der einige Abbildungen der Sektionspräparate beigegeben sind, schildert Verf. einen tödlich verlaufenen Fall obiger Erkrankung. Das klinische und pathologisch-anatomische Bild ergab die Diagnose einer plastischen Linitis auf neoplastischen Prozessen beruhend. Verf. pflichtet Curtis bei, der in der Linitis eine Erkrankung des Peritoneums, d. h. eine primäre Läsion der Peritonealserosa, sieht. Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein Lymph-angio-endotheliom des Peritoneums, dessen Ursprung in den Lymphgefäßen zu suchen ist. *Burk* (Stuttgart).CH

Archer, G. F. Stoney, The treatment of diffuse septic peritonitis due to appendicitis, illustrated by four recent cases. (Behandlung der diffusen septischen Peritonitis bei Appendicitis. 4 neue Fälle.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **20,** Nr. **6,** S. 703—705. 1913.

Blecher, Campheröl bei Peritonitis und Douglasabsceß. (*Garnisonlaz., Darmstadt.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 23, S. 1261—1262. 1913.

Verf. hat bei 50 Appendektomien 5 mal bei eitriger Peritonitis Campheröl in die Bauchhöhle gegossen. Die Heilung wurde jedesmal durch einen Douglasabsceß kompliziert, während die übrigen Fälle, von denen noch viele mit Eiterung einhergingen, mit Ausnahme eines Todesfalls an Sepsis, alle ohne Douglasabsceß heilten.

Verf. führt deshalb das Entstehen der Abscesse auf die Anwendung des Campheröls zurück, hält diese Komplikation jedoch für günstig wegen der Herabsetzung der Bakterien- und Toxinresorption durch mechanischen Verschluß der abführenden Blut- und Lymphbahnen, Steigerung der reaktiven Entzündung, Bildung von Antitoxinen und Lokalisation des infektiösen Exsudats. *Schmidt* (Karlsruhe).

Newcomet, W. S., The consideration of a few points in visceral ptosis. (Betrachtungen über Eingeweidesenkung.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 8, S. 639—646. 1913.

Nichts Neues, nur ein Wiederauffrischen wichtiger diagnostischer Hilfsmittel, so u. a. Be-

tonung des enormen Wertes der Röntgendurchleuchtung für intraabdominelle Leiden, ferner — was differentialdiagnostisch wichtig sei — Hervorheben der Tatsache, daß ein sorgfältiges Aufwärtsheben der gesunkenen Organe bei einer Senkung Erleichterung, bei entzündlichen Prozessen Vermehrung der Beschwerden bringe; Aufblähung bei Magen- sowie Kolonerkrankungen, Lagerungswechsel des Patienten sicherten manche schwankende Diagnose. Therapeutisch werden Binden, stützende Korsetts, Operationen erwähnt. Den Schluß bilden längere Diskussionsbemerkungen der Herren: Corrigau, Zugsmith, Robertson, Torrance Rugh, Molyneux, Sailer, Jopson, Newcomet. *Hesse* (Greifswald).

Hohlbaum, J., Zur Frage der Schleimhautjodierung bei Operationen am Magen-Darmtrakt. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig*). Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** S. 344 bis 347. 1913.

Erwiderung auf einen Artikel Fiebers (Zentralbl. f. Chir. **39,** S. 34), der nach der Resektion eines Cöcaltumors Nekrose des Darmes beobachtete und die Schuld daran der verwendeten Jodtinktur zuschrieb. Nach dieser Erfahrung glaubte er sich berechtigt, die nach Darmnaht bisweilen auftretenden Fisteln ebenfalls der Jodtinktur zur Last zu legen und von der Verwendung dieses Mittels zur Desinfektion der Schleimhaut dringend abzuraten. Dem gegenüber weist Verf. auf 200 Enteroanastomosen hin, bei denen der prinzipielle Gebrauch der Jodtinktur niemals einen Schaden angerichtet hat, obwohl sich unter den Patienten zahlreiche, schwer kachektische und arteriosklerotische befanden, bei denen eine auch nur geringe Schädigung der Darmwand unvermeidlich zur Nekrose hätte führen müssen. Gänzlich unhaltbar erscheint die Annahme, daß die Entstehung von Darmfisteln auf die Jodtinktur zu beziehen sei. Verf. erblickt in der Insuffizienz der technisch fehlerhaften oder unter ungünstigen Verhältnissen angelegten Naht den wahren Grund hiervon, wenn nicht ein auf die Nahtstelle aufgelegter Tampon die Fistelbildung veranlaßte. Ferner weist er auf die Tatsache hin, daß Fisteln namentlich gern an blind geschlossenen Darmstücken (z. B. am Duodenalstumpf nach Magenresektion) sich ausbilden, wo eine Jodierung der Schleimhaut gar nicht stattgefunden hat. Den vielen günstigen Erfahrungen, die man an der Leipziger und an anderen Kliniken (de Quervain) mit der Jodtinktur gemacht hat, steht ein einziger angeblich durch die Jodtinktur veranlaßter Mißerfolg gegenüber, so daß deren weitere Verwendung sich nicht verbieten läßt. *Genewein.*[M]

Fieber, E. L., Erwiderung auf den Artikel Hohlbaums, betreffend die Frage der Jodierung bei Operationen am Magen-Darmtrakt. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 19, S. 720—721. 1913.

Fieber hat nicht „ganz und gar von der Jodierung abgeraten“, sondern nur zur Vorsicht gemahnt. Er glaubt entgegen Hohlbaum, daß die Konzentration der Jodlösung, ob 5- oder 10proz., von Wichtigkeit ist. Die Fälle von Darmoperation, bei denen nach der Jodierung eine Fistel entstand, sind nicht tamponiert worden. Die guten Erfolge, die Hohlbaum an der Payrschen Klinik bei der Jodierung gesehen hat, beweisen nicht die Zweckmäßigkeit der Jodierung. *Propping* (Frankfurt a. M.).[CH]

Grégoire, Raymond, Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. (Die tuberkulöse Dünndarmstenose.) Paris méd. Nr. **27,** S. 25—32. 1913.

Bevorzugung der unteren Dünndarmabschnitte, weil hier größerer Reichtum an Lymph- und Blutgefäßen. Dickdarm meist intakt. In $^2/_3$ der Fälle sind die Stenosen multipel. Daher soll bei der Operation immer der ganze Dünndarm abgesucht werden. Es gibt 3 Formen: die schwielige, die hypertrophische und die geschwürig-käsige; die beiden letzten selten, die erste häufig. Sie zeigt einen schmalen, eingekerbten, harten Ring, die Schichten der Darmwand sind nicht gegeneinander verschieblich. Die Stenose ist meist ringförmig, oft außerordentlich eng. Bei der hypertrophischen Form sehen wir einen 3—5 cm langen starren Schlauch mit aufs 4—5fache verdickter Wandung. Hier wird das Lumen nie so eng wie bei der schwieligen Form. Die dritte Form ist die seltenste. Hier sind Darm, Mesenterium und Mesenterialdrüsen betroffen, wobei es meist zu Absceß- und Fistelbildung kommt. Histologie der einzelnen Formen. Der oberhalb tuberkulöser Stenosen gelegene Darmabschnitt ist meist beträchtlich erweitert und verdickt und gewöhnlich schon tuberkulös infiziert. Die Lunge kann bei der Erkrankung frei sein. Die Infektion erfolgt wahrscheinlich auf dem Blutweg. Sym-

ptome: Mit dem Fortschreiten der Erkrankung stärker werdende Schmerzen einige Stunden nach dem Essen, Koliken, sogar Erbrechen, Diarrhöen, Abgang von Blut und Schleim, zunehmende Abmagerung. Während des schmerzhaften Anfalls hört man Plätschergeräusche und sieht die peristaltischen Bewegungen der geblähten Dünndarmschlingen auf den Bauch abgezeichnet. Als Komplikationen sind akuter Darmverschluß und Perforation nicht allzu selten. Sobald die Stenose erkannt ist, soll operiert werden, auch bei gleichzeitigem Lungenbefund. Als Operationsmethoden kommen neben einer an nicht mehr radikal zu operierenden Fällen anzuwendenden Darmplastik nur Resektion des betroffenen Abschnitts und Enteroanastomose in Betracht, die je nach Sitz und Ausdehnung des Prozesses zu wählen sind. 3 Bilder. *Schmidt.*

Savariaud, Pronostic et traitement de l'appendicite aiguë au début de la crise. (Prognose und Behandlung der akuten Appendicitis.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. **15,** Nr. 4, S. 219—222. 1913.

Verf. operiert die Appendicitiden in den ersten 36 Stunden nach der Erkrankung. Er hat dabei unter 42 Fällen keinen Todesfall zu verzeichnen. Wird erst operiert bei schon bestehender Peritonitis, so ist die Prognose schlecht. *A. Reiche* (Berlin).K

Hughes, Basil, Tetany in acute suppurative appendicitis in an adult. (Tetanie bei akuter eitriger Appendicitis eines Erwachsenen.) Brit. med. journal Nr. **2730,** S. 879. 1913.

Hughes beschreibt einen Fall, der ausgeprägte Symptome einer eitrigen Appendicitis darbot und eine typische Tetanie in beiden Händen bekam. Die 35jährige Patientin wurde operiert und ein appendicitischer Absceß entleert, der Wurmfortsatz entfernt. Die Tetanie war mit der Operation verschwunden und kehrte auch später nicht wieder. *Hirschmann.*CH

Bockstaele, van, Péritonite généralisée d'origine appendiculaire guérie par incision simple et drainage. (Allgemeine Peritonitis appendicitischen Ursprungs, durch einfache Incision und Drainage geheilt.) Journal de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **13/21,** Nr. 5, S. 92—94. 1913.

Beschreibung eines entsprechend der Überschrift behandelten Falles; bemerkenswert ist noch, daß sich einige Tage nach der Incision eine Kotfistel bildete, die schließlich nach einigen Wochen durch Excision und Naht auch zur Heilung gebracht wurde. *Hannes* (Breslau).

Alglave, P., Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du caecum et à la péricolite du colon ascendant et de son angle hépatique. (Beitrag zum Studium der Dilatatio coeci sowie der Perikolitis am Colon ascendens und am Angulus hepaticus.) Presse méd. Jg. **21,** Nr. 41, S. 405 bis 408. 1913.

Die Ursache der Dilatation des Coecums (Coecum mobile) sowie der Entzündung am Kolon sieht Alglave in letzter Linie in der gleichzeitig zu findenden Wanderniere. Ist diese einigermaßen hochgradig entwickelt, so zerrt sie nach seiner Annahme einerseits am Coecum und Colon ascendens, andererseits am Duodenum und kann an beiden Darmabschnitten zu Abknickungen und Störungen der Passage führen. Durch eine Reihe von Abbildungen nach Leichenbefunden sucht er diese Behauptungen zu stützen. In jedem Fall von Magendarmstörungen, die hier in Betracht kommen, soll man daher auf das Vorhandensein einer rechtseitigen Wanderniere achten und diese zunächst beseitigen. Verschwinden danach die Beschwerden nicht, dann löse man die Verwachsungen innerhalb des Peritoneums und fixiere die betreffenden Darmteile. Danach hat Verf. zweimal vollen Erfolg gesehen, beide Male hat er allerdings auch den — doch wohl kranken — Wurmfortsatz gleichzeitig entfernt. *Herzfeld* (Berlin).CH

Anderson, J., A case of enteroliths. (Ein Fall von Darmsteinen.) Brit. med. journal Nr. **2731,** S. 931—932. 1913.

39jähriger Bauer litt seit 13 Jahren an Koliken in der rechten Darmbeingrube, die sich 3—4 mal pro Monat wiederholten und von wenigen Minuten bis zu einer halben Stunde dauerten. Der Stuhlgang war im allgemeinen regelmäßig, doch wechselten häufig Durchfälle ab mit Obstipation. In der Cöcalgegend war ein faustgroßer, beweglicher Tumor fühlbar, der röntgographisch als Stein nachgewiesen wurde. Die Operation ergab zwei Steine: einen kleineren im unteren Ileumende und einen größeren in der Ileocöcalklappe festsitzend. Der kleinere Stein maß 16 × 14 cm Umfang, der größere $19^1/_2$ × 24 cm. Der Kern bestand aus Calciumphosphat. Der Kranke hatte die Gewohnheit gehabt, Schnurrbarthaare abzubeißen und zu verschlucken. *Krüger* (Weimar).CH

Smith, J. W., Some points in the surgical anatomy of the rectum. (Einige Punkte zur chirurgischen Anatomie des Mastdarmes). Journal of anat. a. physiol. Bd. **47,** S. 350—355. 1913.

Durch die irrtümlichen Schlüsse betreffs Ausdehnung und Methoden der Exstirpation des Rectums auf der allgemein gelehrten anatomischen Basis bespricht Verf. 1. die Stützbänder des Rectums und dessen Verbindungen mit dem Sacrum. Die Hauptstütze zweifellos ist das Diaphragma pelvis, jedoch nach Durchschneidung aller Schichten vom Perineum aus bis zum Peritoneum bleibt das Rectum noch immer in seiner ursprünglichen Position und kann nur wenig heruntergezogen werden. Dessen Grund ist einesteils die Verbindung des Rectums mit dem Sacrum durch die in der Höhe des 3. und 4. Sakralwirbels transversal verlaufende „rectal fascia" (Smith) und anderseits durch die in Bindegewebsstränge gehüllten rectalen Äste des 2., 3. und 4. Spinalnerven und des rechten und linken Astes der Arteria haemorrhoidalis sup. Nach Durchtrennung dieser Stiele kann das Rectum bis zu 18 Zoll heruntergezogen werden. 2. Die arterielle Versorgung des Rectums, welche durch die Art. haemorrhoidalis sup. stattfindet, leidet durch die Unterbindung der starken Arterie derart, daß in dem durch die Arterie gespeisten Rectumabschnitte die Ernährung ganz aufgehoben wird und Gangrän auftritt. Deshalb ist der ganze durch die genannte Arterie versorgte Rectumabschnitt in jedem Falle zu resezieren. 3. Die Anordnung der Lymphgefäße fordert nicht zur prinzipiellen abdomino-perinealen Operation auf, sondern es sind durch die einfache perineale Operation sehr gute Resultate zu erzielen. 50% rezidivfrei über 2 Jahre nach der Operation. *Holzwarth* (Budapest).CH

Bachmann, Robert A., A new operation for hemorrhoids. (Eine neue Hämorrhoidenoperation.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. **15,** S. 1154. 1913.

Nach Erweiterung des Rectums legt Bachmann jenseits der Hämorrhoidalknoten durch die Rectalschleimhaut 8 Matratzennähte; ganz analog sitzende Nähte werden durch die äußere Haut am Analring gelegt. Hierauf erfolgt ringförmige Exstirpation der ganzen zwischen den Matratzennähten gelegenen, die Hämorrhoidalknoten tragenden Schleimhaut und Verknotung der entsprechenden inneren und äußeren Nähte. Geringe Blutung, keine besonderen Schmerzen nach der Operation. *Jüngling* (Tübingen).CH

Delore, X., De l'autoplastie graisseuse dans la fistule anale. (Fettplastik bei Analfistel.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 21, S. 889—891. 1913.

Verf. hat eine außerhalb des Sphincters mündende nicht tuberkulöse Analfistel, die allen Operationsmethoden getrotzt hatte, durch Einpflanzung eines von der anderen Gesäßhälfte herübergezogenen Hautfettlappens geheilt. *Schmidt* (Karlsruhe).

Reckzeh, Zur Frage der Entstehungsursache der Hämorrhoidalknoten. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 19, S. 895—896. 1913.

Verf. beschreibt eine wenig bekannte Ätiologie der Hämorrhoidalknoten: Eine Patientin, der wegen bestehender Retroflexio uteri ein etwas großes Hodgepessar eingelegt worden war, verspürte am zweitfolgenden Tage heftige, sich in wenigen Stunden zur Unerträglichkeit steigernde Schmerzen im Anus, die von einem kirschgroßen, neu entstandenen Hämorrhoidalknoten ausgingen. Entfernung des Pessars, das an der hinteren Scheidewand eine deutliche, druckschmerzhafte Furche hinterlassen hatte, bewirkte sofortiges Verschwinden der subjektiven und objektiven Symptome. Ein kleineres Pessar wurde gut vertragen. *Mettin.*CH

Schwyzer, G., A case of intestinal obstruction by gall-stone. (Ein Fall von Intestinalverschluß durch einen Gallenstein.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 11, S. 311—313. 1913.

Beschreibung eines Falles von Gallensteinileus; Operation; Entfernung des großen Steins aus dem Dünndarm. Exitus an einer schon bei der Operation als beginnend vorhanden gewesenen Peritonitis. *Hannes* (Breslau).

Harnorgane:

Lenger, L., Relation de 15 cas de calculs du rein et du bassinet traités par la néphrolithotomie et la pyélotomie. (15 Fälle von Nieren- bzw. Nieren-

beckensteinen, mit Nephrolithotomie bzw. Pyelotomie behandelt.) (*Hôp. des Anglais.*) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. 52, H. 4, S. 138—148. 1913.

Verf. berichtet über 6 Fälle von Steinpyonephrosen (von ihnen nur einer bei einem Mann), die er mit Nephrolithotomie und Drainage des Nierenbeckens behandelte, über 8 Fälle nicht infizierten Nierenbeckensteines, sämtlich bei Männern, bei denen er an die Extraktion des Steines die vollständige Naht der Nephrotomiewunde und der Weichteilwunde anschloß. Dazu kommt noch ein Fall von aseptischer Pyelolithotomie beim Manne ebenfalls mit primärer vollständiger Naht. Sämtliche Fälle heilten. Verf. betont die Wichtigkeit der Feststellung, ob das Nierenbecken bei Nephrolithiasis infiziert ist oder nicht. In den aseptischen Fällen hält er die primäre sorgfältige Naht für angezeigt. Insbesondere sei die Nierenwunde restlos gut zu nähen, so daß weder Buchten in der Niere noch Kommunikationen des Nierenparenchyms mit dem Nierenbecken bestehen bleiben. Nur so könne man sich vor sekundären Blutungen in das Nierenbecken schützen. Er macht auf die Tatsache aufmerksam, daß sämtliche operierten Frauen infizierte Steinnieren hatten, die ferner sämtlich in nahem Anschluß an eine Gravidität die ersten Symptome machten. Dagegen blieben von den operierten 9 Männern alle bis auf einen aseptisch und konnten primärem völligem Verschluß der Wunde zugeführt werden. Bei kleinen, aseptisch gebliebenen Nierenbeckensteinen sei in Fällen, in denen die Niere gut vorgewälzt und die Hinterwand des Nierenbeckens dem Auge gut bloßgelegt werden könne, die Pyelolithotomie der Nephrolithotomie vorzuziehen. *Ruge.*[CH]

Kümmell, Hermann, Das spätere Schicksal der Nephrektomierten. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 1, H. 4, S. 375—386. 1913.

Kümmell, Das spätere Schicksal der Nephrektomierten. 24. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chirurg., Berlin, 26.—29. III. 1913.

Mitteilung der Späterfolge seines eigenen unter einheitlichen Gesichtspunkten behandelten Krankenmaterials. Im ganzen wurden 782 Nierenoperationen ausgeführt; davon 70 Nephropexien, 51 Dekapsulationen, 7 Resektionen, 238 Nephrotomien, 386 Nephrektomien und etwa 30 andere Operationen. Die Tuberkulose der Nieren bildet gerade in bezug auf das endgültige Schicksal der Operierten ein sehr interessantes Gebiet. Bei 150 wegen Nierentuberkulose Operierten lagen fünf doppelseitige Erkrankungen vor, infolgedessen nur die Nephrotomie ausgeführt werden konnte. Von den 145 Nephrektomierten starben 30 innerhalb der ersten 6 Monate nach der Operation. Von den überlebenden 115 starb ein Fall nach einem Jahr, einer nach $1^1/_2$ Jahren, vier nach 2 Jahren, einer nach 3 und sieben nach 4—5 Jahren, meist an Tuberkulose der anderen Niere oder allgemeiner Tuberkulose. Eine Dauerheilung von 2—25 Jahren weisen 75—80% der Operierten auf. Die wegen einer Geschwulst Nephrektomierten geben bezüglich der Dauerheilung keine so günstigen Resultate. Die Prognose ist eine günstigere, wenn die Kapsel noch nicht durchbrochen ist. Wegen bösartiger Geschwülste wurden 58 Patienten operiert, es starben im Laufe der ersten 6 Monate 19, von den 39 restierenden wurden vier nicht eruiert. 2 und 3 Jahre nach der Operation waren noch 10 ohne Rezidiv; 12 Patienten zwischen 4 und 15 Jahren. 6 Patienten waren noch in Behandlung. Es geht demnach ein großer Teil der Operierten bei fortgeschrittenem Tumor innerhalb des ersten Jahres an Rezidiv zugrunde, nach vierjähriger Rezidivfreiheit kann man von einer Dauerheilung sprechen. Das spätere Schicksal der wegen Hydronephrose (35 Fälle) und der wegen Pyonephrose (118 Fälle) Operierten ist ein gutes, vorausgesetzt, daß die andere Niere gesund ist. Dagegen gehen die wegen Nephritis Nephrektomierten einer ungünstigen Zukunft entgegen. Nicht absolut infaust ist die Prognose bei den Fällen, bei denen zur Zeit der einen Niere auch die andere erkrankt ist. Es bessern sich die Erscheinungen bei der leicht erkrankten Niere zuweilen, nachdem das schwer infizierte Schwesterorgan entfernt ist. Individuen mit einer Niere sind gegen bestimmte Gifte empfindlicher, deshalb ist bei Operationen solcher Patienten Äther zu verwenden. Vortr. hat auch die Schwangerschaft bei Einnierigen studiert und 17 Graviditäten zu-

sammenstellen können. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem eine Nephritis auftrat, verlief die Entbindung ebenso normal und ungestört wie bei normalen Frauen. Kongenitale Defekte einer Niere sowie Hufeisennieren hat Vortr. sechs bzw. vier beobachtet. Wird, wie Vortr. beobachtete, bei einem solchen Menschen die einzige Niere durch ein Trauma schwer zertrümmert oder durch Stein u. dgl. obturiert, so ist die Prognose sehr ungünstig. Wenn auch Patienten mit einer Niere als militäruntauglich gelten, so hat Vortr. eine Erfahrung von der großen Leistungsfähigkeit eines Offiziers, dem eine Niere entfernt war, beobachten können. Er ist auch dafür, Frauen mit einer Niere die Heiratserlaubnis zu geben oder Individuen die Aufnahme in eine Lebensversicherung nicht zu verweigern, wenn vier Jahre seit der Operation vergangen sind.

Katzenstein.[CH]

Goldberg, Berthold, Die Sonderstellung der Staphylomykosen der Harnwege. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7, H. 6, S. 447—475. 1913.

Die Staphylokokken erzeugen in den Harnwegen ebenso wie andere Erreger die verschiedenartigsten Erkrankungen. Sie gelangen auf endogenem und exogenem Wege in den Harntraktus, aufsteigend besonders bei Harnrückstauung. Vor anderen Infektionen zeichnen sich die Staphylomykosen der Harnwege dadurch aus, daß sie im Anfang und bei geeigneter Behandlung leicht heilbar sind. Chronische Staphylomonoinfektionen sind selten, manche dieser Fälle sind primäre Phosphatdiathesen. Die Staphylomykosen beginnen und verlaufen oft mit Albuminurie. Besonders gefährlich ist die Verschleppung der Staphylokokken aus den Harnwegen ins Blut und in die Nieren.

Scheidemandel (Nürnberg).[M]

Boulet, L., Sur les mouvements de l'uretère humain. Action de quelques substances sur leur rythme. (Über die Bewegungen des menschlichen Ureters; Einfluß einiger Substanzen auf seinen Kontraktionsrythmus.) (*Laborat. de physiol., fac. de méd., Lille.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 74, Nr. 20, S. 1171—1173. 1913.

Die Harnleiter eines Enthaupteten wurden im Zusammenhang mit Blase und Nierenbecken alsbald in Ringersche Lösung gebracht, auf 40° erwärmt und ihr Bewegungsrythmus registriert. Alsdann wurden zugesetzt Chlorbariumlösung, hierauf Chlorcalcium und schließlich Atropin und Pilocarpin; hierbei zeigte sich, daß Chlorbarium die Kontraktion anregt, daß Chlorcalcium die Zahl der Bewegungen vermehrt und daß Atropin und Pilorcarpin in einer 1 proz. Lösung keine Änderungen am Rhythmus der Peristaltik des menschlichen Ureters herrufen. Analoge Experimente am Hundeureter sollen demnächst publiziert werden.

Hannes (Breslau).

Iliin, A. I.: Zur Frage der ascendierenden Niereninfektion und den Kampf mit ihr bei der Verpflanzung der Ureteren in den Darm. Diss. ref. in med. Rundsch. Jg. 40, H. 10, S. 885—886. 1913.

Bei der Verpflanzung der Ureteren in den Darm muß man mit zwei Wegen der Niereninfektion rechnen: dem urogenen und lymphogenen. Der erste Weg kommt hauptsächlich in Betracht, solange die Ureteren noch nicht funktionieren; der zweite, nachdem ihre Arbeit bereits begonnen hat. Tritt nachträglich eine Verengerung des Ureterenlumens ein, so ist die Möglichkeit der urogenen Infektion wieder gegeben. Die nach der Operation auftretende Pyelonephritis kann eitriger und nicht eitriger Natur sein. Die Erreger der eitrigen Entzündung können alle Arten von eitererregenden Kokken sein, von nicht eitrigen: Bac. coli com. Diese letzte Form verläuft meistens chronisch. Bei experimentellen Untersuchungen wurde meistens Bac. coli com., selten Staph. pyogen. alb. gefunden. Klinisch erhält man dieselben Resultate. Verf. bestätigt diese Befunde an der Hand von 11 Fällen. Was die Therapie anbetrifft, so stützt sich der Verf. auf die Angaben von Wright und bespricht ausführlich die Vaccine-Therapie.

In den vier von ihm behandelten Fällen sah er bei zwei Fällen eine vollständige Heilung, in einem anderen eine wesentliche Besserung. In einem weiteren Falle entzog sich der Kranke der Behandlung. Die Anfangsdosis schwankte zwischen 6—18 Millionen Bakterienkörpern; die höchste Dosis war 180—240 Millionen. Außer den Beobachtungen an Kranken hat der Verf.

auch eine Reihe von Tierversuchen angestellt. Bei 7 Tieren wurde eine einseitige und bei 7 eine doppelseitige Verpflanzung vorgenommen. In 4 Fällen wurde eine doppelseitige Verpflanzung ohne vorherige Vaccination gemacht. Die Vaccination wurde bei den Tieren auf die Weise gemacht, daß unter die Haut entweder Kolivaccine oder eine polivalente Staphylokokkenvaccine eingespritzt wurde. Nach einigen Einspritzungen, falls keine Kontraindikation vorhanden war, wurde das Tier operiert und dann nach Verlauf einer längeren Zeit getötet zwecks Untersuchung der Nieren und Ureteren. Die Beobachtung an den Tieren zeigte, daß als Grundbedingung zur Erhaltung der Nieren nach Verpflanzung der Ureteren in den Darm die vollständige Durchgängigkeit der Ureteren wichtig ist. Tritt eine Verengerung der Ureteren ein, so folgt unausbleiblich die Erkrankung der Nieren. Die prophylaktische Vaccination mit großen Dosen der Kolivaccine oder deren Mischung mit der Staphylokokkenvaccine kann anscheinend bei Hunden die Nierenerkrankung in den Fällen, wo die Ureteren verengt sind, nicht verhüten. Ist der Harnabfluß nach der Verpflanzung der Ureteren in den Darm frei, so kann die Nierenerkrankung sehr lange ausbleiben. Bei Verpflanzung der Ureteren empfiehlt Verf., dieselben in die höheren Abschnitte des Dickdarms einzunähen (Flexura sygmoidea und Colon pelvinum).
Krinski (Freiburg).

Wherry, George, An instance of large ureteral calculus and some other cases of calculi. (Ein Fall von großem Ureterstein und einige andere Fälle von Steinen.) Brit. med. journal Nr. **2733,** S. 1043—1044. 1913.

Bericht über 5 Fälle röntgenographisch festgestellter und operativ entfernter Konkremente. In 4 Fällen handelte es sich um Nieren- oder Uretersteine, in einem Fall um einen Perinealstein. Im ersten Fall wurde bei einem 16 jährigen Mädchen eine mediane Laparotomie gemacht, worauf in Beckenhochlagerung nach Incision des Ureters zwei große im Beckenteil des Harnleiters eingekeilte Steine entfernt werden konnten. Naht des Ureters mit Catgut. In einem anderen Falle von beiderseitigen Steinen hatte die rechtseitige Operation keine Schwierigkeiten gemacht. Links konnte aber der Ureterstein vom Lendenschnitt aus nicht entfernt werden, so daß man nach einiger Zeit intraperitoneal vorgehen und den Stein ins Nierenbecken schieben mußte, worauf er sich durch die wieder erweiterte, frühere Wunde entfernen ließ. Die übrigen Fälle, von denen eine Frau mit Pyonephrose 9 Tage post operationem starb, bieten nichts Besonderes. *Kempf* (Braunschweig).CH

Hartmann, J. P.: Om extravesikal Udmunding af Ureter hos Kvinden. (Über die extravesicale Ausmündung der Harnleiter bei Frauen.) Aus der gynaekologischen Abteilung des „Rigshospitals" (Kopenhagen). Hospitalstidende Jg. **56,** Nr. 21—22. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 753.

Debaisieux, G., Recherches anatomiques et expérimentales sur l'innervation de la vessie. (Anatomische und experimentelle Untersuchungen über die Innervation der Blase.) (*Laborat. de neurol., univ., Louvain.*) Névraxe Bd. **13,** Nr. 2/3, S. 121—159. 1912. (1913.)

Die Blase wird innerviert vom N. hypogastricus (Plexus lumbalis) und einigen Ästen des N. sacralis (Eckardts Erektionsnerv). Eine Reizung der beiden aus diesen Plexus stammenden Ästen, die die Blase versorgen, hat eine halbseitige Kontraktion der Blase zur Folge. Ein Antagonismus, der sonst bei Nerven mit gleicher Funktion vorkommt, ist an den Blasennerven nicht nachzuweisen. ***Frangenheim*** (Leipzig).CH

Godard, Louis, Some indications for suprapubic cystotomy with illustrative cases. (Einige Indikationen für die suprapubische Cystotomie mit erläuternden Fällen.) Americ. journal of urol. Bd. **9,** Nr. 5, S. 223—229. 1913.

Verf. erörtert die Indikationen und Berechtigung der suprapubischen Cystotomie an der Hand einer Reihe selbstbeobachteter Fälle von Urethrarupturen, zum Zwecke der retrograden Bougierung, von Blasenrupturen an verschiedenen Stellen derselben, von impermeablen Strikturen nach Gonorrhöe, ferner von schwer infizierten Blasensteinen, stark eitrigen Cystitiden und nekrotisierenden Blasentuberkulosen. Die Arbeit bringt nichts prinzipiell Neues.
Hoffmann (Dresden).CH

Loumeau et Delaye, Calcul monstre de la vessie. (Abnorm großer Blasenstein.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. Jg. **34,** Nr. 19, S. 221—224. **1913.**

Der abnorm große Blasenstein wurde durch Sektion gewonnen. Trockengewicht 454 g. Länge 12 cm, Breite und Höhe je 8 cm. Chemisch bestand der Stein hauptsächlich aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. *Münnich* (Erfurt).CH

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Boerma, N. J. A. F., Beitrag zur Kenntnis der Einbettung des menschlichen Eies. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 723—740. 1913.

Boerma hatte das Glück, ein unverletztes und gut konserviertes menschliches Ei ($6 \times 3 \times 2^1/_2$ mm) zu erlangen, das er als eines der kleinsten bekannten Exemplare bezeichnen kann. B. konnte ferner durch sein Präparat beweisen, daß nicht immer der peri(inter)villöse Raum mit Blut ausgefüllt ist, wodurch die zuerst 1896 von Graf Spee ausgesprochene Vermutung bestätigt wird. Für die Erkennung und Besprechung des Präparates war es von Wichtigkeit, daß durch Zufall die Richtung der Schnittfläche mit der Längsachse des Embryo übereinstimmte, und daß auch, jedoch in einem anderen Niveau, der Haftstiel so geschnitten ist, daß die anatomischen Verhältnisse von Haftstiel, Dotterstiel und Dotterblase dem Amnion, Mesoblast und Chorion gegenüber ganz übersichtlich sind. *Bayer* (Köln).

Jonas, W., Beiträge zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion (Dialysierverfahren). (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 1099—1100. 1913.

Nachprüfung der Schwangerschaftsreaktion an 50 Fällen von Graviden und gynaekologisch Kranken, wobei sich 2 Fehldiagnosen ergaben. Wurde an Stelle des Serum Blutplasma verwendet, so war die Reaktion auch bei bestehender Schwangerschaft negativ. Bei der Einwirkung von Carcinomserum auf Carcinomgewebe wurde letzteres unter 7 Fällen 5 mal abgebaut. *Boxer* (Wien).

Maccabruni, Francesco, Über die Verwendbarkeit der Abderhaldenschen Reaktionen bei der Serumdiagnose der Schwangerschaft. (*Fortbild.-Inst. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Mailand.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 23, S. 1259—1260. 1913.

Verf. hat die Abderhaldensche Serumdiagnose der Schwangerschaft an 100 Fällen nachgeprüft. Seine nach der polarimetrischen und dialytischen Methode ausgeführten Versuche ergaben eine vollständige Bestätigung der Abderhaldenschen Lehre. Die Reaktion pflegt schon im Beginne der Gravidität aufzutreten und noch 14 Tage nach der Geburt sowie nach der Fehlgeburt bestehen zu bleiben. Unter 85 Fällen hat er nur eine negative und zwei zweifelhafte mit Gravidität verbundene Reaktionen konstatiert. Nur in einem Falle erhielt er ein positives Resultat, ohne daß Schwangerschaft bestand. Besonders bemerkenswert sind 4 Fälle.

In dem einen Fall wurde klinisch die Diagnose auf Tubargravidität gestellt, die Reaktion fiel negativ aus. Tatsächlich handelte es sich auch nicht um eine Gravidität, sondern um eine stielgedrehte Ovarialcyste. Im zweiten Falle, bei dem ebenfalls eine Tubargravidität angenommen war, handelte es sich um einen Tubenabsceß. Auch hier war die Reaktion negativ. Der dritte Fall betraf eine Frau, bei der der Verdacht auf ein durch Schwangerschaft kompliziertes Fibrom bestand. Die Reaktion war positiv. Die mikroskopische Untersuchung ergab Abortreste. Im letzten Falle wurde die Diagnose Fibrom durch den negativen Ausfall der Reaktion und durch den weiteren Verlauf bestätigt.

Verf. prüfte dann weiterhin die Dialyse mit Foetusserum. Im Gegensatz zu Decios gelang es, manchmal einen positiven Befund festzustellen. Die Harnprüfung von schwangeren und nichtschwangeren Frauen ergab unsichere Resultate. Das Dialysat des Amnionwassers kann zuweilen eine positive Reaktion geben. Die Prüfung der Cerebrospinalflüssigkeit bei zwei Schwangeren mit Meningitis resp. Eklampsie fiel negativ aus. In den wenigen untersuchten Fällen von Albuminurie, hartnäckigem Erbrechen und Eklampsie wurde weder eine sehr schwache noch eine sehr starke Reaktion wahrgenommen. Die Frage, ob die Reaktion die Placenta allein oder gleichzeitig den Foetus betrifft, ist nach den bisherigen Untersuchungen vielleicht dahin zu entscheiden, daß auch der Foetus eine Rolle bei der Bildung der Schutzfermente spielt. Die Untersuchungen sind aber noch zu spärlich, um weitere Schlußfolgerungen zu ziehen. *Benthin* (Königsberg).

Daunay et Ecalle, De l'examen du sérum de la femme enceinte et du sérum de la femme non enceinte, par la méthode de dialyse d'E. Abderhalden. (Untersuchung von Serum der schwangeren und nichtschwangeren Frau nach der Methode von Abderhalden.) (*Clin. Tarnier.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74,** Nr. 20, S. 1190—1192. 1913.

Die Verff. haben genau nach der Methode und Technik Abderhaldens Versuche mit 27 Sera gemacht, von denen 24 von graviden Frauen stammten. Sie fanden dabei 3 mal sehr leichte, 2 mal schwache, 7 mal ziemlich deutliche und 12 mal ausgesprochene Reaktion.

Bayer (Köln).

Kreisch, E., Ein Fall von Missed labour. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 23, S. 1263. 1913.

Die Diagnose schwankte zwischen Retention einer ausgetragenen, toten Frucht in utero und ausgetragener Extrauteringravidität mit toter Frucht. Medianschnitt. Extraktion des stark macerierten Kindes durch queren Fundalschnitt. Exstirpation des Uterus ohne Adnexe. Drainage nach der Scheide.

Auffallend ist die höchstens $^1/_2$ cm betragende Wandstärke des Uterus. Verf. sieht hierin in diesem Falle die Ursache der Missed labour (infantilistische Unterentwickelung der Uterusmuskulatur). Die Ursache für das Absterben der Frucht mag eine langandauernde Zusammenziehung, ein Tetanus geringen Grades, gewesen sein. Auch in den bisher publizierten Fällen ist eine ausreichende Erklärung für das schnelle Absterben des Foetus nicht zu finden. *Hirsch* (Berlin).

Delle Chiaje, S., Torsion funiculaire et mort du foetus. (Torsion der Nabelschnur und Tod des Foetus.) Rev. mens. de gynécol., d'obstetr. et de pédiatr. Jg. **8,** Nr. 3, S. 174—176. 1913.

Vgl. dieses Zentralbl. I, S. 242.

Huffman, O. V., Ectopic pregnancy associated with anomalous fallopian tubes. (Ektopische Schwangerschaft verbunden mit anormalen Tuben.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 5, S. 548—551. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von ektopischer Schwangerschaft, welcher infolge der anormalen Gestaltung der Tuben seiner Ansicht nach zur Aufklärung des Zustandekommens der ektopischen Schwangerschaft überhaupt beizutragen imstande ist.

Die Pat. starb infolge von Tubenruptur. Der Sektionsbefund zeigte, daß das Ei in den Isthmus der linken Tube eingebettet war. Es entsprach in seiner Größe ungefähr der 6. Woche. Das Fimbrienende der linken Tube berührte das Ovarium, welches ein großes Corpus luteum trug. Innerhalb der Tube fand sich kein Blut, nur in der Umgebung einige leichte Adhäsionen. An der hinteren Fläche der Tube zeigte sich eine kleine Ruptur, von der die eigentliche Blutung ausgegangen war. Der Uterus ist leicht vergrößert. Der bemerkenswerteste Befund ist, daß neben jeder der beiden anscheinend normalen Tuben zwei rudimentäre vorhanden sind, welche dicht am Fimbrienende abgehen und 1 cm lang sind. Beide haben eigene Fimbrienenden, aber keine Verbindung mit dem Lumen der großen Tuben.

Man muß also annehmen, daß hier in embryonalem Alter zwei Müllersche Gänge vorhanden waren. Von den Teilen, die eigentlich einen zweiten Uterus mit Adnexen bilden sollten, sind als Implantationsflächen nur die Tubenreste übriggeblieben, und der eine hat dem Ei die Einbettung gestattet. Aber ein durch solche Mißbildungen entstandener örtlicher Verschluß braucht nicht die Ursache für die anormale Einbettung des Eis zu sein. Es genügt schon, daß das Ei durch starke Entwickelung der Decidua zurückgehalten wird. Auch selbst dann kann es noch in den Uterus gelangen. Ist aber die Entwickelung so weit gediehen, daß das Ei genügend Haftfläche findet, so bleibt es an anormaler Stelle auch liegen. Verf. sieht dies als die Ursache der ektopischen Schwangerschaft an. Die akzessorischen Tuben sind ein seltener Befund. So wurden von Doran unter tausend Fällen von Mißbildungen 0,6% gefunden. In der Mehrzahl der Fälle machen die Hämorrhagien es unmöglich, Anomalien zu finden.

Nur in 9 Fällen gelang es dem Verf. Er fand in einem Fall 4 akzessorische Ostien, in einem mehrere kleine Cysten am Fimbrienende. Einmal ein akzessorisches Ostium neben dem Fimbrienende, einmal eine anormale rudimentäre Tube, und zwar an der Vorderfläche des Lig. lat., verbunden mit 3 überzähligen Ovarien, in 2 Fällen akzessorische Tuben, während die befruchteten normales Aussehen hatten, und verschiedene mit käsigen Massen gefüllte Cysten, deren eine

sich als Parovarialcyste darstellte; bei 3 anscheinend normalen Tuben fand sich einmal eine Ovarialcyste von 5 cm Durchmesser.

So kommt Verf. also zu dem Schluß, daß in der Mehrzahl der Fälle die ektopische Schwangerschaft durch Verschleppung von Einbettungsflächen während einer falschen Entwickelung der Müllerschen Gänge verursacht ist. *Siefart.*

Rouville, G. de, Grossesse extra-utérine recidivée rompue foetus de 13 centimètres dans l'abdomen; laparotomie, guérison. (Rezidiv von Tubargravidität, Ruptur, Foetus von 13 cm in der Bauchhöhle; Laparotomie, Heilung.) Sem. gynécol. Jg. **18,** Nr. 21, S. 165—167. 1913.

Tubargravidität vor 5 Jahren. Operation. Jetzt Tubarschwangerschaft von 3 Monaten. Ruptur. Abwartende Behandlung während 26 Tagen. Hebung des Allgemeinzustandes. Laparotomie, um der Gefahr der Infektion der Hämatocele vorzubeugen. *Daels* (Gent).

Lingen, L. v., Zur Kasuistik der wiederholten Extrauteringravidität. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 24, S. 901—902. 1913.

v. Lingen gibt die genaue Krankengeschichte einer Frau, die er an einer linkseitigen Tubenruptur und 7 Jahre später an einem rechtseitigen Tubenabort behandelte. *Bayer* (Köln).

Pompe van Meerdervoort, N. J. F.: Eene ongewone uiting van zwangerschapsautointoxicatie. (Ungewöhnliche Form einer Autoinfektion in der Schwangerschaft.) Nederl. Maandschrift voor verlosk. en. vrouwenz. Jg. **2,** Nr. 6, S. 371 bis 377. 1913.

Bei einer Primipara trat vierzehn Tage vor der Entbindung ein stark juckendes Ekzem auf, das den Körper mit Ausnahme des Gesichts ergriff. Am Tage nach der Entbindung nahm das Ekzem ab, 36 Stunden nach der Geburt ein eklamptischer Anfall, bald darauf ein zweiter und Koma; später noch zwei Anfälle; am dritten Tage 39,8° und linksseitige Pneumonie ohne Expektoration. Acht Tage lang Temperaturen bis 40°, dann Heilung. Während dieses ganzen Prozesses war im Urin kein Eiweiß nachzuweisen. Die Brüste waren nicht geschwollen.

Pompe hält das vor der Geburt wahrgenommene Ekzem für das erste Zeichen der drohenden Eklampsie, und hält dies nach Analogie mit ähnlichen Beobachtungen bei Schwangerschaftsnephritis für wahrscheinlich, gibt aber die Möglichkeit zu, daß das Ekzem eine zufällige Komplikation sein könne. *Stratz* (der Haag).

Hoeven, P. C. T. van der: De oorzaak van het afbreken der zwangerschap bei acute infectieziekten. (Die Ursachen der Fehlgeburten bei akuten Infektionskrankheiten.) (*Leidener Klinik.*) Nederl. Maandschrift voor verlosk. en vrouwenz Jg. **2,** Nr. 6, S. 380—384. 1913.

Nach älteren Anschauungen ist die Ursache der Fehlgeburten in Wärmestauung, Sauerstoffmangel, Kohlensäurevergiftung, Uterusblutungen zu suchen, nach neueren in direkter Infektion des Foetus, dessen Tod die Frühgeburt veranlaßt, oder in der Anhäufung von Toxinen im mütterlichen Blut, wodurch Uteruskontraktionen ausgelöst werden. *Stratz* (den Haag).

Grünfeld, Richard L., und Karl Allmeder, Varicen und Gravidität. (*Spez.-Stat. z. Behandl. v. Unterschenkelgeschwüren, Wien.*) Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 22, S. 870 bis 872 u. Nr. 23, S. 909—911. 1913.

Eine einheitliche Ätiologie ist für das Entstehen von Varicen noch nicht gefunden worden. Sie entstehen mit großer Wahrscheinlichkeit durch krankhafte Anlage in den Venenwänden, speziell im Klappenapparat, und zwar kongenital oder hereditär, und Gravidität kann nur als auslösendes Moment herangezogen werden. Interessant ist die Feststellung der Verf., daß sie imstande seien, selbst ganz junge Graviditäten nur aus der veränderten Beschaffenheit der unteren Extremität zu diagnostizieren; die Venen der Unterschenkel weisen nämlich starke Schlängelung und pralle Füllung auf und das Bein erscheint cyanotisch, analog der weinhefefarbenen Verfärbung der Vaginalschleimhaut. *Ehrenberg* (Berlin).

Leredde, Le traitement de la syphilis par le salvarsan chez la femme enceinte. (Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan bei Schwangeren.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** Nr. 5, S. 150—153. 1913.

Nach Leredde hat die gebräuchliche Art der Applikation des Salvaran bei

Schwangeren, die darin besteht, daß geringe Dosen von 0,3—0,4 g 3—4 mal mit einem Intervall von 8 Tagen eingespritzt werden, mit eventueller Wiederholung nach 2 Monaten wenig Zweck. Man soll vielmehr die Einspritzung so einrichten, daß den Spirochäten in der Zeit zwischen 2 Einspritzungen keine Zeit zu einer Vermehrung bleibt. Dies Intervall dürfte höchstens einen Monat betragen. Die syphilitische Schwangere soll daher während der ganzen Dauer der Schwangerschaft mit Salvarsan behandelt werden und zwar mit wöchentlich 3 Einspritzungen, denen eine Pause von 1 Monat folgt. Ausgenommen sind die Fälle, in denen die Seroreaktion während der Behandlung negativ wird. Als normale Dosis schlägt L. 0,01 g pro kg Körpergewicht vor (häufig sei es allerdings nötig, mit Dosen von 0,003—0,006 g pro kg Körpergewicht zu beginnen). Bei 3000 Injektionen sah Verf. keine Todesfälle. Große Vorsicht sei geboten, wenn Nephritis bestehe; tägliche Urinbestimmung betreffend Menge, spezifisches Gewicht und Albumengehalt, außerdem wöchentliche Feststellung des Harnstoff- und Salzgehaltes sei nötig, um danach die Dosierung einzurichten. L. glaubt, daß das Neosalvarsan die gleichen Vorzüge habe, wie das Salvarsan. *Wiemer* (Herne).

Neumann, Hermann, Schwangerschaftsdiabetes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 12, S. 367—373. 1913.

Schwangerschaftsdiabetes ist — zum Unterschied von Schwangerschaft bei einer Diabetica — Diabetes infolge Schwangerschaft bei einer vorher gesunden Frau. Der Verlauf beider Fälle kann der gleiche sein und erfordert jedesmal die ernsteste Beachtung. Bedeutungslos sind gelegentliche und geringfügige Ausscheidungen von Lävulose, Lactose und Pentose. Die Ätiologie des Diabetes in der Gravidität ist noch nicht endgültig geklärt; man nahm Veränderungen von Leber oder Pankreas an oder krankhafte Störung des Nervensystems, man schrieb dem Einfluß der Eierstöcke eine wichtige Rolle zu und neuerdings hat man eine Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker entdeckt, wobei sich ergab, daß hereditär Belastete eine noch geringere Toleranz haben. Die geeignete Behandlung ist frühzeitig einsetzende rationelle Diät, die für Mütter und Kinder 0% Todesfälle erzielt hat, während früher 50% bzw. 66% starben. Das erste Auftreten beginnt meist im 2.—4. Monat; in den letzten drei Monaten kommt häufig Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure hinzu, kurz vor der Niederkunft Eiweiß, das entweder auf Nieren- oder auf Hypophysis-Veränderung hinweist. Acidose ist, besonders bei leichteren Fällen, kein sehr beunruhigendes Symptom; Schwangere neigen zur Ketonurie und selbst auffallend hohe Acidose braucht nicht zum Koma zu führen. Man hat ein Ansteigen der Aceton-Körperausscheidungen in den ersten Monaten, ihr Abklingen bis Verschwinden in der letzten Hälfte bei geeigneter Diät beobachtet. Hydramnion, Aborte, Frühgeburten können bei richtiger Lebensweise vermieden werden. Das Puerperium verläuft normal, die Kinder kommen lebensfrisch, mit auffallend hohem Gewicht zur Welt, Azeton usw. pflegen schon in den ersten Tagen zu verschwinden. Die primären Diabetikerinnen können nach eventuell vorübergehender Verschlimmerung während der Gravidität in die ursprünglich leichtere Form zurückkehren, die hereditär Belasteten nach beendeter Gravidität ganz gesunden, wenngleich sie durch die Labilität ihres Nervensystems zum erneuten Ausbruch disponieren. Es besteht daher kein Grund, eine Schwangerschaft wegen Diabetes artifiziell zu unterbrechen, dagegen muß man gegen das Eingehen der Ehe einer Diabetica oder ihre Konzeption Bedenken hegen. *Ehrenberg* (Berlin).

Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Pankow: Häufigkeit und Bewertung der Herzfehler in graviditate. 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913.

Die Häufigkeit der Herzfehler in graviditate kann nur durch planmäßige Untersuchung aller Schwangeren einer geburtshilflichen Klinik festgestellt werden. Solche systematischen Untersuchungen sind an der Freiburger Frauenklinik und nach Pankows Weggang von dort auch an der Düsseldorfer Frauenklinik an einem Material von über 5000 Frauen durchgeführt worden. Die Untersuchungen wurden vom internen Kliniker gemacht und Dr. Küpferle in Freiburg hat sich dabei besonders mit der Frage der

akzidentellen Herzgeräusche beschäftigt. Er fand bei seinen besonders darauf gerichteten Untersuchungen, die vor der Geburt und im Wochenbett stattfanden, daß 49,2% aller Frauen akzidentelle Geräusche hatten und daß in 2,8% wirkliche Herzfehler bestanden. Die Diagnose der akzidentellen Geräusche ist nicht immer leicht. Auf zwei Punkte weist Küpferle bei der Diagnose hin: 1. Fast bei allen Schwangeren findet sich eine Verbreitung der relativen Herzdämpfung nach links, auch bei Frauen ohne Geräusch, aber keine Verbreitung nach rechts, die nur bei wirklichen Herzfehlern nachweisbar ist. 2. Beim Vitium ist das Geräusch anders als bei den akzidentellen Geräuschen. Bei den akzidentellen Geräuschen kommt der erste Ton rein heraus, dann folgt eine ganz kurze Pause und dann erst das Geräusch. Beim Vitium ist der erste Ton teilweise durch das Geräusch verdeckt, das sich auch noch an ihn anschließt und einen großen Teil der Systole ausfüllt. Die accidentellen Geräusche sind meist ein leises blasendes Geräusch, doch kommen auch ausgesprochen laute Geräusche vor, ebenso wie eine Akzentuation des zweiten Pulmonaltons nicht selten ist. Sie entstehen wahrscheinlich in der Pulmonalis und sind am deutlichsten in dem 3. linken I. C. R. oder über der dritten Rippe dicht am Sternum zu hören. In der Bewertung der Herzfehler spielt zweifellos der Zustand des Herzmuskels eine große Rolle. Indessen sind die Klappenfehler abgesehen von der Mitbeteiligung des Myokards doch nicht als gleichwertig anzusehen. Am ungünstigsten in prognostischer Hinsicht sind die Mitralstenosen, weil sie von vornherein den kleinen Kreislauf am meisten belasten und darum leichter zur Dekompensation neigen. Dazu kommt, daß die Mitralstenose von Anfang an nur mit der an sich geringeren Reservekraft des rechten Ventrikels arbeitet. Demgegenüber hat die Mitralinsuffizienz zunächst die größere Reservekraft des linken Ventrikels hinter sich. Darum sind auch die Fehler, die anfänglich den kleinen Kreislauf nicht belasten, im allgemeinen als prognostisch günstiger anzusehen. Für die Frage nach der Indikation zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, die ja natürlich immer von Fall zu Fall geschehen muß, lassen sich doch vielleicht folgende allgemeine Richtlinien geben: 1. Wird eine herzkranke Frau gravida und treten Insuffizienzerscheinungen des Herzens im Laufe der Gravidität nicht ein, so darf die Schwangerschaft in Rücksicht auf die bevorstehende Geburt nicht unterbrochen werden, da dann auch Komplikationen intra partum mit allergrößter Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten sind. 2. Treten bei einer herzkranken Frau schon in der ersten Hälfte der Gravidität Insuffizienzerscheinungen auf, zeigt sich also, daß die geringe Mehrbelastung des Herzens um diese Zeit die Reservekräfte bereits erschöpft, dann soll man bei jeder Art von Vitium die Schwangerschaft unterbrechen, da die gesteigerte Mehrbelastung gegen Ende der Gravidität und intra partum dann immer zu einem plötzlichen Versagen des Herzens führen kann. Das gilt besonders dann, wenn schon früher außerhalb der Gravidität Dekompensationserscheinungen bestanden haben. 3. Machen sich erst gegen Ende der Gravidität Inkompensationserscheinungen geltend, so soll bei der Mitralstenose, besonders wenn deutliche Anzeichen einer erheblichen Myokarderkrankung vorliegen, die Schwangerschaft unterbrochen werden. Bei der Mitralinsuffizienz kann abgewartet werden, wenn unter entsprechender Behandlung die Dekompensationserscheinungen schwinden und dauernd ausgeglichen bleiben. Bleiben die Dekompensationserscheinungen trotzdem bestehen, oder setzen sie gleich nach Aussetzen der Therapie wieder ein, dann ist es zweckmäßiger in Hinsicht auf die Geburtsüberlastung des Herzens die Schwangerschaft zu unterbrechen, am besten durch die Sectio vaginalis. Das häufige Zusammentreffen von Mitralstenose mit Insuffizienz kann das Vorgehen erheblich erschweren, das sich aber vornehmlich nach dem Grade der Mitbeteiligung der Stenose und des Myokards richten muß. 4. Machen sich erst intra partum Dekompensationserscheinungen geltend, so kann man bei voraussichtlich nur noch kurzer Geburtsdauer abwarten, respektive durch Extraktionen bei erfüllten Vorbedingungen die Geburt beendigen. Ist z. B. bei älteren Typen eine längere anstrengende Geburtsarbeit zu erwarten, soll ebenfalls die Geburt operativ beendigt werden. *Autoreferat.*

Harrison, George Tucker, Myoma and pregnancy. The therapeutical indications. (Myom und Schwangerschaft. Therapeutische Indikationen.) Virginia med. semi-monthly. Bd. 17, Nr. 24, S. 601—604. 1913.

Die Gefahren der Schwangerschaft bei Myom werden meist überschätzt und deshalb wird manche unnötige Operation gemacht. Indiziert ist die Operation nur, wenn das Myom ein unüberwindliches Hindernis für die Geburt ist. Nicht die Größe des Myoms ist ausschlaggebend, sondern sein Sitz. Große und multiple Myome im Corpus machen keine Schwierigkeiten, tiefer sitzende können vor oder während der Eröffnungsperiode mit dem unteren Uterinsegment nach oben gezogen werden. Ernstere Störungen verursachen Cervixmyome, besonders wenn sie im Becken fixiert sind. Die beste Therapie ist die abwartende. Als Operation kommt in Frage: Unterbrechung der Schwangerschaft oder Sectio caesarea am Ende mit oder ohne Totalexstirpation. Erstere ist unsicher und gefährlich, da es nicht leicht ist, den Foetus und die Placenta zu entfernen, unkontrollierbare Verletzungen gesetzt werden können und bei längerer Dauer Sepsis durch Nekrose der Myome entstehen kann. Neuerdings wurde die Enucleation der Myome während der Schwangerschaft vorgeschlagen. Diese hat die Gefahr der Blutung und Sepsis und des Zurücklassens kleiner Knoten, welche dann bis zum Ende der Schwangerschaft sehr groß werden können.

Verf. beschreibt einen solchen Fall, in dem im 4. Schwangerschaftsmonat ein Myom enucleiert, ein kleiner Knoten aber übersehen wurde, der bis zum Ende zu einem großen Tumor angewachsen, im Becken fixiert war und dasselbe ausfüllte. Es wurde Sectio caesarea gemacht. Tod an Ileus.

Treten Wehen ein, ist die Geburt genau zu beobachten. Tritt ein Myom nicht nach oben, ist nur der Kaiserschnitt angezeigt. Zange und Wendung sind gefährlich. An den Kaiserschnitt schließt sich bei multiplen Tumoren supravaginale Amputation oder Totalexstirpation an, bei Solitärtumor Enucleation, wenn der Fall aseptisch ist. Ist der Fall septisch und das Kind tot, wird der Uterus in toto mit dem Kinde in situ entfernt. Supravaginale Amputation ist leichter und ungefährlicher als Totalexstirpation; bei letzterer kommen leicht Ureterverletzungen vor. Wichtig ist der richtige Zeitpunkt der Sectio caesarea, nicht zu früh, um den Effekt der Wehen abzuwarten, und nicht zu spät wegen drohender Sepsis. Nach Spontangeburt ohne Operation muß das Wochenbett abgelaufen sein, ehe man das Myom angreift, ausgenommen wenn ein Myom gangränös wird; in diesem Falle muß bei den ersten Anzeichen der Gangrän das Myom vaginal oder abdominell entfernt werden. In der Nachgeburtsperiode können schwere Blutungen auftreten, hier kommen manuelle Placentarlösung, heiße Ausspülung und Injektion von Jodtinktur in die Uterushöhle oder Jodoformgazetamponade in Betracht. Die Ansicht, daß Myome nach dem Puerperium durch Involution ganz verschwinden können, beruht wohl auf ungenauen Beobachtungen. *Herzog.*

Geburt:

Voigt, J., Abwartende Geburtsleitung. (*Privatfrauenklin. v. J. Voigt, Göttingen.*) Therapeut. Monatsh. Jg. 27, H. 6, S. 414—416. 1913.

Voigt empfiehlt dringend eine abwartende konservative Geburtshilfe für den praktischen Arzt, der niemals einen indikationslosen Eingriff, also auch niemals ohne dringenden Grund eine innere Untersuchung vornehmen soll. Eine exakt ausgeführte äußere Untersuchung zusammen mit einem geduldigen Beobachten der Wehentätigkeit und der kindlichen Herztöne kann genügenden Aufschluß geben. Für die abwartende Geburtsleitung ist die Erhaltung der Fruchtblase oder, wenn diese schon gesprungen, die Erhaltung des noch im Uterus befindlichen Fruchtwassers von großer Bedeutung. Das hier zu Gebote stehende Mittel ist die Kolpeuryse, für die V. die (vaginale) Anwendung der Braunschen Blase besonders empfiehlt. V. führt den Ballon in genügender Füllung ein, der nur so, als straffe Kugel die Vagina ausfüllend, seinem Zwecke dienen kann. Eine zweite Bedingung ist, daß schon eine regelrechte, wenn auch schwache Wehentätigkeit bestehen muß. Auch die Walchersche Hängelage und die Expressio

nach Kristeller empfiehlt V. zu einer ausgedehnteren Anwendung. Zum Schlusse warnt V. vor der indikationslosen Anwendung des wehenverstärkenden Pituitrin, das bei normaler Wehentätigkeit entbehrt werden kann. *Bayer* (Köln).

Dubrisay, Louis, Deux cas de délivrance artificielle après une injection de seigle ergoté. (Zwei Fälle von künstlicher Entbindung nach Ergotininjektion.) Journal des sages-femmes Jg. **41**, Nr. 11, S. 273—274. 1913.

In beiden Fällen bedingte die der vorzeitigen Ergotininjektion folgende Kontraktion der Uterusmuskulatur eine enorme Erschwerung der Geburtsbeendigung. Ein Beweis des alten Satzes, daß man Secale nicht eher geben soll, als bis der Uterus vollständig leer ist. *Holzbach* (Tübingen).

Alsberg, Paul, Zur Therapie der puerperalen Uterusinversion. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 1102. 1913.

Entgegen Zangemeister, der bei Inversio uteri puerperalis der abwartenden Behandlungsmethode das Wort geredet hat, empfiehlt Verf. bei Totalinversion unbedingt, sofort schonend den Uterus zu reponieren und im Anschluß an die Reposition eine sorgfältige Gebärmutter- und Scheidentamponade auszuführen, um Rezidiv- und Nachblutung zu vermeiden. Bei der inkompletten Umstülpung des Uterus ist das abwartende Verhalten (bei Blutung eventuell Tamponade) am Platze. Zur Illustrierung des Gesagten schildert Verf. eingehend einen Fall von Totalinversion, der nach obigen Prinzipien behandelt und geheilt wurde. *Jaeger* (Leipzig).

Haddon, John, Treatment of puerperal eclampsia. (Behandlung der puerperalen Eklampsie.) Brit. med. journal Nr. **2736**, S. 1207. 1913.

Der Zinsserschen Theorie folgend, die Konvulsionen bei der Eklampsie als Ausdruck eines Hirnödems aufzufassen, hat Verf. in einem prognostisch sehr hoffnungslosen Falle durch Anregung der Diurese mittelst kleiner aber häufiger Dosen von Kalium bitartaricum Heilung eintreten sehen. Mit Aussetzen des Mittels verschlimmerten sich die Symptome (unter Ikterus und Auftreten von Leucin und Tyrosin im Urin), um mit Wiederaufnahme der Medikation vollständig zu schwinden. *Vaßmer.*

Wochenbett:

Kaupe, Walther, Schwierigkeiten beim Stillen. (*Versorgungsh. [Lungstrasstift], Bonn.*) Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 5, S. 186—187. 1913.

Warzenschrunden, die Hauptursache der Mastitis, waren für Verf. niemals Ursache, das Kind abzusetzen. Zur Behandlung der Schrunden gebraucht er mit sehr gutem Erfolg die Schillersche Salbe (5,0 Borsäure, 10,0 Zinkoxyd, je 25,0 Naphthalin und Adepstan.). Vor Anwendung von 3proz. Carbolumschläge warnt er sehr. Da Milchstauung oft Ursache einer Mastitis ist, läßt Verf. bei schon beginnender Mastitis den Säugling ruhig weiter anlegen und setzt ihn auch nicht ab, wenn Fieber, schmerzhafte Knoten in der Brust und Rötung eintreten. Daneben verwendet Verf. besonders bei beginnender Erkrankung die Biersche Stauung. Ist es aber zu Absceßbildung gekommen, so wird operativ vorgegangen. *A. Reiche* (Berlin).[K]

Opitz, Kann die Milch der eigenen Mutter für den Säugling schädlich sein? Schlußwort. [*Univ.-Frauenklinik, Gießen.*] 15. Versamml. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Dtsch. Ges. f. Gynaekol.

Herrn Leopold Meyer möchte ich erwidern, daß ich allerdings der Meinung bin, im erstbeschriebenen Falle sei unter dem Einfluß der Nephritis der Mutter in der Milch irgendeine Veränderung vor sich gegangen, die das Kind direkt geschädigt hat. Im Lichte der Abderhaldenschen Anschauungen über die Stoffwechselvorgänge würde das durchaus verständlich sein. Freilich kann ich das nicht beweisen, aber die ganze Beobachtung des Kindes hat mich eben zu der Überzeugung gebracht, daß das Sekret der Brustdrüsen in diesem Fall für das Kind schädlich gewesen ist. Herrn Krömer möchte ich erwidern, daß solche plötzliche Temperatursteigerungen, wie er sie erwähnt hat, doch verhältnismäßig häufig vorkommen. Aus meiner Klinik ist gerade eine Dissertation erschienen über die Temperaturverhältnisse beim Neugeborenen.

Man beobachtet durchaus nicht regelmäßig das von pädiatrischer Seite angenommene Inanitionsfieber während der ersten Gewichtsabnahme der Neugeborenen. Trotzdem kommen häufig genug Temperatursteigerungen vor, die aber durchaus nicht als physiologisch zu betrachten sind, sondern nach unserer Meinung den Ausdruck irgendeiner, freilich nicht immer festzustellenden Störung darstellen. Die Muttermilch dürfte dabei als Ursache doch nur ganz ungewöhnlich selten in Frage kommen. Ich halte es für sehr wichtig, nicht schnell einen Schluß aus Temperatursteigerungen des Säuglings auf eine ungeeignete Muttermilch zu ziehen. Es hat lange genug gedauert, und es ist noch nicht vollständig gelungen, die Ärzte und die Laien von der Unersetzbarkeit der Muttermilch zu überzeugen, und eine Verallgemeinerung einzelner Beobachtungen von vermeintlicher oder wirklicher Schädigung des Säuglings durch die Milch der eignen Mutter könnte leicht unberechenbaren Schaden stiften. Autoreferat.

Wynn, W. H., The vaccine treatment of septicaemia. (Die Vaccinebehandlung der Septicämie.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 4, S. 49—60. 1913.

Verf. berichtet über seine Resultate mit der Vaccinetherapie. Es werden 13 Fälle (1 Typhus mit Koli-Septicämie, 5 puerperale Septicämien, 1 Koli-Septicämie, 1 pyämische Pneumonie, 1 Staphylokokken- und 1 Gonokokken-Septicämie usw.) besprochen, wo in einem Teil der Fälle Verf. günstige Resultate erreichen konnte. Neue Tatsachen bringt die Arbeit nicht. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).[CH]

Foetus und Neugeborenes:

Niemann, Albert, Der respiratorische Gaswechsel im Säuglingsalter. Ergebn. der inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. **11**, S. 32—71. Berlin, Springer. 1913.

Nach einer einleitenden Orientierung über Zwecke und Methodik von Respirationsversuchen im Säuglingsalter bespricht Verf. in kritischer Weise die bisher gewonnenen Resultate. Die Kohlensäureausscheidung eines normalen Brustkindes beträgt unter der Voraussetzung eines normalen Wechsels zwischen Ruhe und Bewegung sowie Nahrungsaufnahme und Nüchternheit im täglichen Durchschnitt zwischen 13,5 und 15,5 g pro Quadratmeter Oberfläche und Stunde. Die Kohlensäureproduktion des mit Kuhmilch genährten Säuglings ist demgegenüber gesteigert, und zwar hält sie unter sonst gleichen Verhältnissen auch einen ziemlich gleichmäßigen Wert ein, der zwischen 17 und 18 g pro Quadratmeter Oberfläche und Stunde liegt. — Die Versuche an Atrophikern zeigen, daß die Kohlensäureproduktion sich bei ihnen nicht gleichmäßig verhält. Je nach dem Grade des Gewichtsverlustes und des dadurch bedingten Mißverhältnisses zwischen Oberfläche und Gewicht, je nach dem Grade der durch mangelhafte Resorption bedingten Unterernährung oder aber der Reparation, je nach der Art der verabreichten Nahrung werden die Kohlensäurewerte solcher Kinder verschiedene sein. Der Sauerstoffverbrauch und die Bestimmung des respiratorischen Quotienten ist erst in einer kleineren Zahl von Versuchen durchgeführt worden. Für den Sauerstoffkonsum gilt gleichfalls, daß er proportional der Körperoberfläche erfolgt und daß Körpergewicht sowohl wie Alter und Größe ohne Einfluß bleiben, wenn man die Werte auf die Oberflächeneinheit berechnet. Für das normale Brustkind kann ein Ruhe- und Nüchternwert des Sauerstoffverbrauchs von ca. 11 g pro Quadratmeter und Stunde angenommen werden. Bei atrophischen Säuglingen fand Schlossmann einen respiratorischen Quotienten von 0,73—0,88. Der Gaswechsel des Säuglings scheint sich, wenn man auf die Oberflächeneinheit berechnet, nicht von dem des Erwachsenen zu unterscheiden. Beim Neugeborenen liegen vielleicht noch besondere Verhältnisse vor. — Die Wasserdampfproduktion hängt nicht von der Oberfläche ab und nimmt beim Säugling einen sehr viel größeren Umfang an als beim Erwachsenen. Da ein Säugling unter Umständen pro Kilogramm 3 mal soviel Stoff verbrennt wie ein Erwachsener, muß auch das Atemvolumen und die Wasserdampfproduktion entsprechend steigen. Begünstigend wirken weiter das häufige Schreien, die hohe Temperatur und die dicke Bekleidung. unter der die Säuglinge gewöhnlich gehalten werden, sowie die verhältnismäßig sehr viel größere Wasseraufnahme des Säuglings. *Ibrahim* (München).[M]

Thiede, Walter, Über die elektrische Sicherheitscouveuse (Baginsky-Hanfland). (*Städt. Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenh., Berlin.*) Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61**, Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 713—718. 1913.

Genaue Beschreibung der Konstruktion und der Einrichtung der Couveuse an der Hand von 2 Abbildungen. Die Sicherheitscouveuse entspricht in hervorragender Weise den an sie gestellten Anforderungen: dauernd gleichmäßige und nach Bedarf regulierbare Heizung, gute Ventilation, leichte Reinhaltung. Verf. berichtet über 7 Frühgeburten, die in der Couveuse behandelt wurden, deren Entwicklung und Gedeihen. Resultate durchaus zufriedenstellend. *Eisenbach* (Tübingen).

Ströse, A., Eine Prüfung des Auerbachschen Milch-Schnellkochers. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg. Jg. **23**, H. 17, S. 385—387. 1913.

Die Untersuchungen ergaben, daß der Milcherhitzer in jeder Beziehung das leistet, was der Erfinder angegeben hat. Ferner wurde festgestellt, daß Tuberkelbacillen, die zum Teil im schützenden Gerinnsel enthalten waren, durch Abkochung in dem Apparat unschädlich gemacht werden. *Hornemann* (Berlin).[K]

Hagner, Otto, Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute. (*Univ.-Kinderklin., Freiburg i. B.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **8**, H. 1, S. 50—75. 1913.

Der gesunde jugendliche Organismus des Säuglings erhält unter normalen äußeren Bedingungen die physikalische Zusammensetzung seiner Körpersäfte im Verlaufe des Tages konstant. Bei arteigner Ernährung bestehen keine erheblichen Schwankungen des Eiweißgehalts (Refraktion) und der Leitfähigkeit, die etwa durch tägliche Nahrungsaufnahme bedingt sind. Bei Ernährungsstörungen treten Schwankungen im Wassergehalt des Körpers und mit ihnen Veränderungen der lichtbrechenden Substanzen und der Leitfähigkeit ein, die in dem Unvermögen, den osmotischen Druck konstant zu erhalten, ihren Grund haben. Die Schädigung der Regulationsvorgänge hängt von der Konstitution und dem Alter des Kindes ab. Junge Säuglinge werden gewöhnlich schwerer geschädigt, oder sie haben eine längere Reparationszeit. *Rosenberg.*[K]

Stoelzner, Larosan, ein einfacher Ersatz der Eiweißmilch. (*Kinderpoliklin. u. Säuglingsklin., Univ. Halle a. S.*) Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 24, S. 722. 1913.

Verf. empfiehlt das Larosan = Casein-Calcium mit einem Gehalt von 2,5% CaO, als Zusatz zu der für Säuglinge verdünnten Kuhmilch. Es hat sich auch bei Ernährungsstörungen gut bewährt, indem es antidyspeptisch wirkt und die Toleranz für Kuhmilch schnell steigert. Verf. hält das Präparat der Eiweißmilch für mindestens gleichwertig, dabei ist es billiger und von besserem Geschmack. *Voigt* (Göttingen).

Gallois, Paul, Le coup de chaleur des nourrissons et la réfrigération des crèches. (Der Hitzschlag der Säuglinge und die Kühlung der Kinderkrippen.) (Soc. de thérapeut., séance du 14. V. 1913.) Bull. gén. de thérapeut. Bd. **165**, Nr. 21, S. 843—847. 1913.

Im Sommer 1904 ging eine „Hitzwelle" über Paris, welche von 14 Säuglingen in der vom Verf. geleiteten Krippe 12 hinwegraffte. Auf Grund dieses Erlebnisses ließ Verf., zunächst in primitiver Weise, Kübel mit Eis aufstellen; dadurch gelang es, in dem betreffenden Raume eine erträgliche Temperatur zu schaffen. Die guten Erfolge dieser Maßnahme, welche auch in den folgenden Jahren beobachtet werden konnten, bestärken Gallois in seiner Ansicht, daß die sommerlichen Todesfälle an „Cholera infantum" nicht nur auf künstliche Ernährung zurückzuführen sind, da sie sich ja auch bei Brustkindern finden, daß es sich also nicht allein um eine indirekte Wirkung der Hitze durch Zersetzung der Milch handelt, sondern um eine direkte Wirkung der Außentemperatur auf den Organismus des Säuglings, im Sinne einer abnormen Steigerung der Eigenwärme, analog dem Hitzschlage Erwachsener. *Schmid* (Prag).

Japha, Alfred, Hitze und Säuglingssterblichkeit in ihrer Beziehung zu Fürsorgemaßnahmen. (*Säuglingsfürsorgestelle I d. Stadt Berlin.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **7**, H. 5/6, S. 518—528. 1913.

Kritische Besprechung der Frage, inwieweit Hitzewirkung und Milchverderbnis

für die Genese der Sommersterblichkeit in Betracht kommen. Verf. erkennt die Wichtigkeit des ersteren Faktors an, er hat selbst dazu Beiträge geliefert. Die Milchfrage ist entschieden schwieriger zu entscheiden. Ein Vergleich im Sommer 1911 zwischen den Säuglingen der Fürsorgestelle, die die einwandfreie Milch, und Kindern eines Schutzvereins, die gewöhnliche Kuhmilch aus dem Stalle erhielten (durch die Pflegefrau gekauft), ließ keinen deutlichen Unterschied zugunsten der ersteren erkennen. Doch möchte Verf. den Faktor einer guten Milch im Sommer nicht zu gering einschätzen, zumal persönliche Erfahrungen und Erfahrungen seines Lehrers H. Neumann dafür sprechen. *Rietschel* (Dresden).[x]

Saint-Girons, Fr., Les diarrhées par élimination microbienne ou toxique chez le nourrisson. (Die durch Bakterien- oder Toxinausscheidung bedingten Diarrhöen beim Säugling.) Nourrisson Jg. **1**, Nr. 3, S. 154—161. 1913.

Literaturübersicht über die durch Bakterien- oder Toxinausscheidung bedingten Durchfälle, aus der Verf. folgende praktische Regeln ableitet: beim Säugling darf man sich nicht mit einer einzigen Erklärung für das Zustandekommen einer Verdauungsstörung begnügen (Milchwechsel, Diätfehler der Amme). Man muß wissen, daß neben primären Durchfällen auch die durch Ausscheidung bedingten sekundären sehr häufig sind. Deshalb muß auch neben der lokalen eine allgemeine, die Körperinfektion bekämpfende Therapie angewandt werden. *Grosser* (Frankfurt a. M.).[x]

Bruin, J. de: Multiple complete spontaanfracturen by een eenjarig kind. (Mehrfache vollständige Spontanfrakturen bei einem einjährigen Kind.) (*Kinderkrankenhaus Amsterdam.*) Nederl. Maandschrift voor verlosk. en vrouwenz. Jg. **2**, Nr. 6, S. 394—397. 1913. (Zwei Tafeln mit Röntgenaufnahme.)

Elf verheilte Knochenbrüche an den verschiedenen Gliedmaßen, die zum Teil starke Dislokation der Bruchenden zeigten. Dazu caput quadratum, offene Fontanellen, Rosenkranz, nur 7 Zähne. Die Frakturen führt Verf. auf die schwere Form der Rhachitis zurück. *Stratz* (den Haag).

Variot, G., Vomissements incoercibles datant de la naissance chez un nourrisson de 9 mois. Grande hypotrophie. Dilatation de l'estomac constatée par la radiographie. Guérison par l'emploi du lait condensé sucré et du lait homogénéisé hypersucré. (Unstillbares Erbrechen bei einem Säugling von 9 Monaten seit der Geburt. Starke Unterernährung; Magenerweiterung, durch Röntgendurchleuchtung festgestellt. Heilung durch gezuckerte kondensierte und durch überzuckerte homogenisierte Milch.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 12, S. 353—357. 1913.

Das betreffende Kind hatte seit der Geburt dauernd gebrochen, ohne daß es mehreren Ärzten gelungen war, die richtige Nahrung herauszufinden. Starke Unterernährung, etwa 9 Pfund. Es war zunächst an der Brust, später mit der Flasche ernährt worden. Durch gezuckerte kondensierte Milch gelang es, das Erbrechen zum Stehen zu bringen und eine genügende Gewichtszunahme zu erzielen. Durch kleine Unregelmäßigkeiten der Mutter in der Ernährung trat das Erbrechen noch einmal vorübergehend auf. Später erhielt das Kind überzuckerte homogenisierte Milch. Die Röntgenaufnahme zeigte eine starke Magendilatation, welche zum Teil durch Luft bedingt war, auch das Kolon war stark mit Luft gefüllt und dilatiert. *Frankenstein* (Köln).

Hart, D. Berry, On the pressure experienced by the foetus in utero during pregnancy; with special reference to achondroplasia (chondrodystrophia foetalis.) (Über den Druck, den der Foetus während der Schwangerschaft in utero erleidet; mit besonderer Beziehung zur Achondroplasie [Chondrodystrophia foetalis].) Edinburgh med. journal Bd. **10**, Nr. 6, S. 496—501. 1913.

Verf. bekämpft die Ansicht von Murk Jansen über die Ätiologie der Achondroplasie, weil 1. der Druck des Liquor amnii auf den Foetus überall gleichmäßig ist, 2. der Embryo nicht nur dem Drucke des Liquor amnii, sondern auch dem allgemeinen Abdominaldruck ausgesetzt ist und eine geringere oder größere Druckänderung des ersteren von keiner Bedeutung sein kann, 3. die Annahme eines lokalisierten mechanischen Druckes zwischen der 3. und 8. Woche unhaltbar erscheint, 4. wenn auch dieser Druck bestände, nichts dafür spräche, daß dadurch das Wachstum derjenigen Knochen,

deren Mißbildung für Achondroplasie charakteristisch ist, beeinflußt würde. Im Gegenteil kann der Foetus monatelang dem Drucke von ovariellen oder fibrösen Tumoren ausgesetzt sein, ohne dadurch Schaden zu leiden. Verf. ist der Meinung, daß die Achondroplasie eine Mutation im Sinne de Vries' darstellt, entstanden bei der Ausstoßung der Polkörperchen durch den Verlust gewisser Determinanten, welche das Wachstum der in Frage kommenden Gruppe von Knochen beeinflussen. *Hall* (Graz).

Ebbenhorst Tengbergen, J. van: Een geval van achondroplasie. (Ein Fall von Achondroplasie.) Nederl. Maandschrift voor verlosk. en vrouwenz Jg. **2**, Nr. 6, S. 377—379. 1913.

Neugeborenes Mädchen von 3500 g, das nur eine Stunde lebte, mit Achondroplasie; die Zwillingsschwester, 3250 g, gesund und völlig normal. Sektion konnte nicht gemacht werden. Es handelte sich um zweieiige Zwillinge, die Placenta des Achondroplasten war hell, die des gesunden Kindes dunkelrot mit deutlicher Dehnung der intervillösen Räume. Hereditäre Momente nicht nachweisbar, 12 Geschwister, worunter noch ein Zwilling, normal. *Stratz.*

Zwenigorodski, E. L.: Ein Fall von Leinerscher Krankheit (Erythrodermia desquamativa Leiner). (*Frauenklin. Charkoff.*) Pediatria Bd. **4**, S. 299—307. 1913. (Russ.)

Bei Säuglingen, die hauptsächlich mit Muttermilch ernährt werden, tritt meist am Ende des ersten oder am Anfang des zweiten Lebensmonats eine Hautkrankheit auf, die einen chronischen Verlauf zeigt und durch eine Seborrhöe des Kopfes, Abwesenheit von Exsudationen und Wunden sowie eine Tendenz zur Verhornung der Epidermis charakterisiert ist. Diese, unter dem Namen der Leinerschen Krankheit bekannte Erkrankung wird als eine endogene Toxikose aufgefaßt. Verf. beschreibt einen ähnlichen Fall und bespricht dabei die Differentialdiagnose gegenüber der Dermatitis exfoliativa neonat. (Morbus Ritter) und dem erythème fessier et eczema séborrheique. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Leclercq, J., et André Paput, Note sur les hémorragies du système cérébrospinal chez le nouveau-né. (Blutungen im Cerebrospinalsystem beim Neugeborenen.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 4, S. 213—218. 1913.

Umgekehrt wie beim Erwachsenen betreffen beim Neugeborenen die Blutungen im Cerebrospinalsystem in einem erheblich höheren Prozentsatz die Meningen als die Hirn- und Rückenmarksubstanz. So fanden die Verff. unter 14 Fällen nur ein einziges Mal eine Blutung, welche in der eigentlichen Hirnsubstanz (Kleinhirn) saß. Die absolute Häufigkeit dieser Blutungen ist als eine recht beträchtliche zu bezeichnen: bei 30 Kindern, die unter oder kurze Zeit nach der Geburt starben, erwies die Autopsie in 14 Fällen, also fast in der Hälfte, Blutungen im Cerebrospinalsystem. Als Ursache hierfür kommen beim ausgetragenen Kinde entweder erbliche Intoxikationen (Syphilis) oder geburtshilfliche Traumen in Betracht, besonders die Zangenapplikation. Kompression der vorgefallenen Nabelschnur, ja, sehr lange Dauer einer spontanen Geburt sind gleichfalls ätiologisch hier zu nennen. Beim nicht ausgetragenen Kinde genügt die Brüchigkeit der Blutgefäße ohne irgendwelche Geburtskomplikation und ohne Lues für sich allein, derartige Blutungen hervorzurufen. *Landau* (Berlin).

Vogt, E., Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37**, H. 6, S. 817—821. 1913.

Das Krankheitsbild war folgendes: Ein gesundgeborenes Kind wird nach 12 Stunden zum erstenmal angelegt. Sofort nach dem Trinken Erbrechen der gesamten Milch. Reichliche Entleerung von Kindspech. Das Erbrechen wiederholt sich, so oft dem Kind Milch gereicht wird, und nachdem die Milch erbrochen, folgt reine Galle. Magengegend etwas vorgewölbt, links neben der Wirbelsäule glaubt man einen kleinen apfelgroßen Tumor zu fühlen. Am 4. Tage unter ständigem Verfall Exitus. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich ein faustgroßer dünnwandiger Peritonealsack, dicht unter dem Magen und Colon transversum, links von der Wirbelsäule gelegen. Durch den Sack sieht man Dünndarmschlingen hindurch schimmern. Die Bruchpforte, der Rand des Recessus duodenojejunalis, ist scharfsaumig und enthält ein Gefäß. Eine ausgesprochene Strangulation des ein- und ausführenden Darmabschnittes ist nicht nachzuweisen. Das Netz ist gut entwickelt. Die Darmschlingen sind nicht miteinander verwachsen. Es handelte sich also um eine Hernia duodenojejunalis. Dieser Fall ist der erste, in dem eine solche Hernie kongenital war und sofort nach der Geburt Erscheinungen machte. *Wiemer* (Herne).

Kaminer, Gisa, und Ernst Mayerhofer, Über den klinischen Wert der Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harne unnatürlich ernährter Säuglinge. (*Univ.-Kinderklin. u. Kaiser Franz-Josef-Spit., Wien.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **8**, H. 1, S. 24—49. 1913.

Auf Grund sorgfältiger Untersuchungen an 50 Fällen ergab sich ein Ansteigen der anorganischen Phosphate im Harne künstlich genährter Säuglinge bei Verdauungsstörungen aus enteralen Ursachen, bei parenteralen Störungen, bei Erhöhung der Konzentration der künstlichen Nahrung (Übergang von der Teediät zu irgendeiner künstlichen Nahrung, Verstärkung der Kuhmilchkonzentration, Zucker- oder Mehlzusatz) und endlich beim Übergang von Frauenmilch zu einer Kuhmilch- oder Kuhmilchzucker- oder Kuhmilchmehlmischung. Ein Absinken der Phosphate wurde festgestellt bei Heilung einer Magendarmstörung oder einer parenteralen Störung, bei Verminderung der Konzentration der künstlichen Nahrung und bei Eintritt des Hungerzustandes. Die angeführten Schwankungen lassen sich bei den meisten Säuglingen auch schon in den einzelnen größeren oder kleineren Harnportionen nachweisen. Nach Kohlehydratzufütterung steigt in den ersten Tagen bei magendarmgesunden Säuglingen die Phosphatmenge an, um nach 1—2 Wochen trotz gleicher Nahrung wieder abzusinken. Mehlzufuhr bedingt im allgemeinen eine höhere Phosphatausscheidung als Zuckerzufuhr. Die Stickstoff- und Chlorausscheidung durch den Harn bleibt hierbei unbeeinflußt. Nach Verfütterung von Benzoesäure steigt die Phosphatausscheidung an. Gesunde Brustkinder hingegen zeigen weder bei mäßiger Kohlehydratzufütterung noch bei Zugabe von Benzoesäure eine Vermehrung der Phosphatmenge. Kaminer und Mayerhofer glauben, daß bei Flaschenkindern regelmäßig eine geringe Phosphaturie besteht und daß deren Stoffwechsel fortwährend in einem labilen, nicht ganz normalen Zustande sich befindet. Bei Vermehrung der Nahrung, bei Erhöhung ihrer Konzentration oder der Kohlehydratmenge tritt dann eine Stoffwechselstörung in Form der Phosphaturie zutage. Nach Gewöhnung an die neue Nahrung erfolgt wieder ein Absinken der hohen Phosphatwerte. — Wird durch parenterale Ursachen die Assimilationskraft des Organismus herabgesetzt, so entsteht in ähnlicher Weise eine Phosphaturie. Brustmilch wird vom gesunden Brustkinde ohne jede Phosphaturie verdaut und jede Phosphaturie muß hier als eine Verdauungsstörung angesehen werden (Moll). Am Schlusse ihrer interessanten Ausführungen sprechen sich K. und M. dahin aus, daß die Phosphattitration bei Flaschenkindern nur in sehr beschränkter Weise klinisch verwertet werden kann. *Kaumheimer* (München).[K]

Hebammenwesen und -unterricht:

La Torre, F., I rapporti fra gli ostetrici e le levatrici. (Geburtshelfer und Hebammen.) Clin. ostetr. Jg. **15**, Nr. 1, S. 2—11. 1913.

Verf. wendet sich gegen die Beschwerden einer Hebamme, die verlangt, daß der Arzt normale Geburten nicht ohne Zuziehung einer Hebamme übernehme. Mehr wie anderswo scheint in Italien üblich, daß Hebammen ihre speziellen Geburtshelfer haben oder Kliniken gegen Bezahlung sich verpflichten. Verf. schildert seine Erfahrungen, die er in einer 20jährigen Praxis gemacht, und weist damit ungerechte Forderungen zurück. *Berberich* (Karlsruhe).

Grenzgebiete.

Neurologie und Psychiatrie:

Lapinsky, M. N., Die Bedeutung der Headschen hyperästhetischen Zonen für die Diagnostik der symptomatischen Gesichtsneuralgie und für die Behandlung derselben bei gynaekologischen Affektionen. Neurol. Zentralbl. Jg. **32**, Nr. 11, S. 674 bis 686. 1913.

Unter tausend Frauen, die über Kopfschmerzen klagten, konnten nur 150mal dysalgische Zonen festgestellt werden, die den Headschen Zonen für den Kopf ent-

sprachen. Diese sind also selten. Das Vorhandensein dieser hyperästhetischen Zonen außerhalb des Anfalls ermöglicht es, die symptomatische Form der Gesichtsneuralgie von der idiopathischen abzutrennen, was auch für die Therapie von Bedeutung ist. Denn bei der idiopathischen Form ist der N. trigeminus erkrankt und lokal zu behandeln, während er bei der symptomatischen Form völlig normal oder nur an seinen peripheren Endigungen gereizt sein kann und sich die Behandlung auf ein entfernt liegendes Organ zu richten hat, dessen Reizung sich an den Headschen Zonen manifestiert. Die verschiedenen Zonen weisen auf verschiedene Organe hin. So finden sich Zonen an der Hautdecke der Stirn und der vorderen behaarten Kopfpartie, die mit Abdominalorganen in Zusammenhang stehen, so eine Zona sagittalis mit den Genitalien, eine Zona frontalis superior medialis mit dem Magen. Vergrößerung eines Ovariums und Magenkatarrh hatten in zwei Fällen zu symptomatischer Gesichtsneuralgie mit Hyperästhesie der bezeichneten Zonen geführt, die unter entsprechender, auf die erkrankten Organe gerichteter Behandlung verschwand. Die Headschen Zonen besitzen also einen großen diagnostischen Wert, indem sie auf den primären Krankheitsherd, der sie projiziert, hinweisen. Allerdings ist es vorläufig noch nicht möglich, auf Grund der Existenz einer bestimmten Zone das erkrankte Organ selbst festzustellen. Bis jetzt konnten acht, über das ganze Gebiet verteilte Zonen festgestellt werden, die auf eine Erkrankung der Bauchorgane hinweisen, doch ist ihre Zahl wahrscheinlich noch beträchtlich größer.

Frankfurther (Berlin).[M]

Gerichtliche Medizin:

Liebeck, Adolf, Das Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate und seine rechtliche Bedeutung. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **37,** H. **6,** S. 757—817. 1913.

In der vorliegenden Arbeit ist das Hauptgewicht auf den gerichtlich-medizinischen Teil gelegt. In übersichtlicher Form wird ein Einblick in den rechtlichen Stand der Frage, deren Wichtigkeit durch die vielen Todesfälle (von 49 Fällen gingen 18 tödlich aus) gegeben ist, verschafft. Einleitend werden die einschlägigen Gesetzesparagraphen kurz besprochen und teilweise kritisch, im wesentlichen aber an der Hand der diesbezüglichen Reichsgerichtsentscheidungen erläutert. Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Das Gericht kann eine Entscheidung betreff der vermeintlichen Schwangeren allein treffen. Bloße Vorbereitungshandlungen gehen straflos aus, für den Versuch der Abtreibung ist eine besondere Eigenschaft des Täters, wie etwa beim Beamtenvergehen, nicht erforderlich. Er ist deshalb nach dem geltenden Recht strafbar. Der Rücktritt vom untauglichen Versuch ist möglich und bewirkt Straffreiheit. Die Vollendung des Verbrechens ist infolge fehlender Frucht nicht denkbar. Das Gesetz richtet sich ferner gegen einen oder mehrere Beteiligte, wenn sie sich des Verbrechens schuldig gemacht haben. Sowohl der Versuch der vermeintlich Schwangeren wie des Dritten als Anstiftung zur Beihilfe ist strafbar. Bewußt untaugliche Mittel bewirken Straffreiheit, Entgelt macht stets Strafverschärfung. Bei Unzurechnungsfähigkeit des Täters Straflosigkeit. Die fälschliche Annahme eines Foetus kann nicht als Irrtum über ein gesetzliches Tatbestandsmaterial gedeutet werden. *Benthin.*

Soziales. Statistik:

Boehm, Henry, Was bezweckt ein Zusammenschluß der deutschen Krippen? Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5,** H. 5, S. 167—174. 1913.

Das gesamte Krippenwesen bedarf noch eines tatkräftigen Ausbauens, da nur 10% der aufsichtsbedürftigen Säuglinge in die vorhandenen Krippen untergebracht werden können. Da die einzelnen Krippen nicht immer die Kraft und den Einfluß haben, die Öffentlichkeit von ihrer Bedeutung und Leistungsfähigkeit zu überzeugen, müssen sie sich zusammenschließen und sich gegenseitig moralisch und materiell unterstützen. Durch Austausch der gemachten Erfahrungen kann ferner das gesamte Krippenwesen gehoben und manchen Krippen können Enttäuschungen erspart werden. *A. Reiche* (Berlin).[K]

Ascher, Die Säuglingsfürsorge im Stadt- und Landkreis Hamm. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 5, S. 184—185. 1913.

Vom Fürsorgeamt Hamm sind in den letzten Jahren auf dem Lande und in kleineren Orten des Kreises Mutterberatungsstellen eingerichtet worden. Die Beratungen werden meist alle 4 Wochen in Schulen oder Gastwirtschaften abgehalten. Ferner suchte der Kreisarzt gelegentlich seiner Kontrollbesuche der Hebammen mit diesen zusammen eine Anzahl Mütter auf und belehrte sie. Zugleich kündigte er den Müttern den Besuch der Fürsorgedamen (besoldete Tätigkeit) an. Diese hatten dann weiter die Belehrung und Kontrolle zu übernehmen. Auch die öffentlichen Impfungen wurden der Säuglingsfürsorge nutzbar genacht. Die Hebammen haben dreierlei Geburten zu melden: uneheliche, solche, in denen nicht gestillt wird, und solche, bei denen Not vorliegt (Meldezettel). Unterstützungen werden nur in Notfällen gewährt. Die für eine derartige Säuglingsfürsorge erforderlichen Mittel sind gering. *A. Reiche* (Berlin).[K]

● **Schlesinger, Eugen, Schwachbegabte Kinder. Ihre körperliche und geistige Entwicklung während und nach dem Schulalter und die Fürsorge für dieselben.** Stuttgart: Enke. 1913. 131 S. M. 4,80.

An der Hand eines Beobachtungsmaterials, das annähernd 300 schwachbegabte Zöglinge der Straßburger Hilfsschule umfaßt, gibt Verf. eine Schilderung der körperlichen, intellektuellen und ethischen Entwicklung dieser debilen Kinder, ihrer Fortschritte in der Schule bis zur Entlassung und darüber hinaus, während ihrer Lehrjahre und, soweit als möglich, während des ganzen Jünglingsalters. Beim Zustandekommen der schwachen Begabung trafen in 90% ererbte (endogene) und in früher Jugend erworbene (exogene) Schädlichkeiten zusammen. Von ersteren kommen besonders in Betracht: neuro-psychopathische Belastung und Trunksucht der Eltern, von letzteren: schlechtes soziales Milieu und schwere Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Mit der geistigen Minderwertigkeit der Debilen ist sehr häufig eine körperliche Rückständigkeit verbunden. Morbidität und Mortalität sind bei schwachbegabten Kindern größer, als bei normalen Individuen. Zahlreich und recht verschiedenartig sind Störungen in der intellektuellen Entwicklung dieser Kinder und in ihrem psychich-ethischen Verhalten. Nicht nur während der Schulzeit, sondern auch nach derselben bedürfen die Schwachbegabten der öffentlichen Fürsorge. Verf. macht in dieser Beziehung eine Anzahl geeigneter Vorschläge. *Jaeger* (Leipzig).

Hirschfeld, Magnus, und Ernst Burchard, Der sexuelle Infantilismus. Jur.-psychiatr. Grenzfragen Bd. **9**, H. 5, S. 3—46. 1913.

An der Hand einer Reihe für seine verschiedenen Formen charakteristischer Fälle versuchen die Verf. das Krankheitsbild des sexuellen Infantilismus in ätiologischer und klinischer Hinsicht festzustellen und zu schildern. Sie verstehen darunter psychosexuelle Entwicklungshemmungen, die indessen streng von der normalen infantilen Sexualität zu trennen sind. Sie unterscheiden verschiedene Formen. Zunächst eine Gruppe, in denen ein sexueller Infantilismus sich als Ausdruck mangelhafter Evolution oder eingetretener Involution kennzeichnet. Die Sexualität macht hier im allgemeinen einen unentwickelten, ungeklärten Eindruck und äußert sich ohne gereiften Ernst in wenig determinierten, kindlichen, spielerischen und unzweckmäßigen Handlungen. Eine zweite Gruppe umfaßt die Fälle, in denen pathologisch fixierte Assoziationen (namentlich fetischistische und exhibitionistische Neigungen) als infantile Überbleibsel aus den Kinder- oder Entwicklungsjahren persistieren und eine normale harmonische Ausreife der psychosexuellen Persönlichkeit verhindern. Und in der dritten Gruppe werden diejenigen Fälle zusammengefaßt, in denen ein auffälliges Mißverhältnis zwischen der Stärke der sexuellen Antriebe und der psychischen Kritik und Widerstandsfähigkeit, eine psychosexuelle Disharmonie, besteht. Alle diese Formen des sexuellen Infantilismus werden durch Krankengeschichten in Gestalt von Gutachten belegt. Es leuchtet ein, daß eine richtige Beürteilung der verschiedenen Krankheitsbilder für die forensische Beurteilung von größter Bedeutung ist. *Buschan* (Stettin).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band II, Heft 7 sowie deren Grenzgebiete. S. 305—336

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Jung, Ph.: Therapie der klimakterischen Störungen der Frau. Monatsschr. f. mod. Klinik u. Therap. Jg. **12**, H. 5, S. 234—240. 1913. (Russisch.)

Die Therapie muß eine symptomatische sein. Die Auswahl der Diät muß dahin gehen, daß alles, was den Blutdruck zu steigern vermag, vermieden werden soll, wie Alkohol, Kaffee usw. Beschränktere Nahrungszufuhr, Regelung des Stuhles; Hydrotherapie. Von den kausal wirkenden Mitteln wird Oophorin, Ovaradentriferin in Tablettenform angewendet. Von den lokalen Störungen wird gegen die Colpitis senilis mit Bädern, Scheidenspülungen, Glycerintampons vorgegangen. Bei klimakterischen Blutungen muß eine maligne Neubildung ausgeschlossen werden durch Probecurettement und mikroskopische Untersuchung; zuweilen hilft auch dieses Vorgehen therapeutisch. Von den Medikamenten werden: Hydrastinin, Stypticin, Styptol u. a. angewendet. Beim Versagen dieser Mittel bleibt die Uterusexstipation übrig. In der letzten Zeit wird mit verschiedenem Erfolg die Röntgenbestrahlung versucht. Zu den klimakterischen Störungen gehört auch die Cystitis vetularum. Therapie die übliche.
Ginsburg (Breslau).

Heyter, Hubert, Kasuistische Beiträge zur Hämophilie. (*Allg. Krankenh. St. Ge-org, Hamburg.*) Mitteilg. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. **14,** H. 2, S. 931. 1913.

Bericht über drei Fälle von Hämophilie, die zum Teil ein Jahrzehnt lang in Beobachtung waren. 1. Fall. Hereditärer Bluter, dessen Pubertät keinen Einfluß auf sein Leiden hatte. Nur insofern bildete die Geschlechtsreife einen Umschwung, als statt früherer Gelenkblutungen vorwiegend Nierenblutungen auftraten. Letztere sistierten bei Bettruhe, fleischarmer Diät, Verabreichung von Gelatine, Kalksalzen, Serum und Kalzine. — 2. Fall. Keine Heredität, aber kongenitale Anomalie. Gelenkblutungen waren vorherrschend und anfangs wiederholt mit Jodoformglycerininjektionen behandelt worden, da irrtümlich Tuberkulose diagnostiziert war. Eine schwere Blutung in den Mundboden hatte die Tracheotomie notwendig gemacht. Ovarialtabletten waren ohne Heilwirkung, dagegen hatte sich Calciumchlorat (2 proz. Lösung, 3 Eßlöffel täglich) gut bewährt. — 3. Fall. Typisch hereditärer Bluter (mit Stammbaum über vier Generationen). Im Vordergrund standen Gelenkblutungen, Ovarialtabletten erwiesen sich als wirksam. Von theoretischem Interesse und vielleicht von praktischer Bedeutung ist die Empfehlung der Ovarialtabletten und der Kalzine. Grant ging von der Tatsache aus, daß Frauen von der Hämophilie nahezu verschont bleiben. Er vermutete daher ein innersekretorisches, antagonistisches Hormon, wollte dieses aus dem Organextrakt gewinnen und dem männlichen Körper zuführen. Kalzine ist eine Kombination von Calcium und Gelatine; die hämostyptische Wirkung der einzelnen Komponenten ist bekannt. Außerdem ist für Bluter fleischfreie Diät, Milch, rohes Obst und Alkoholabstinenz zu empfehlen. *Kreuter* (Erlangen).CH

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Schklowsky, E. B.: Experimentelle Untersuchungen über die Behandlung von Bakteriämie mit intravenösen Sublimatinjektionen. (*Klin. gynaekol.-geburtshilfl. Inst., Prof. Dr. Ott, St. Petersburg.*) Russkji Wratsch Bd. **12**, Nr. 20, S. 732—735. 1913.

Die Experimente wurden ausgeführt mit ein und demselben Stamm von Streptokokken, deren Virulenz für eine bestimmte Tierart (es waren Kaninchen) genau bekannt war. Das Resultat war, daß intravenöse Injektionen von Sublimat in Dosen, die den therapeutischen beim Menschen entsprechen, weder auf die Temperatur noch auf den Ausgang der Erkrankung wirken. *Braude* (Berlin).

Trögele, F., Über die normale und pathologische Physiologie der Hypophysis cerebri nebst einem Beitrag zur Differentialdiagnose der mit Störungen der Hypo-

physenfunktion verlaufenden intrakraniellen Prozesse. (*Staatsirrenanst. Hamburg-Friedrichsberg.*) Mitteilg. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. **13,** H. 16, S. 201 bis 303. 1913.

Phylo- und ontogenetisch ist der nervöse dem Zentralnervensystem zugehörige Teil der Hypophyse, der Hinterlappen, in Rückbildung, der drüsige der Mundbucht entstammende Vorderlappen in fortschreitender Entwicklung begriffen. Der Vorderlappen vergrößert sich bis zum 30. Lebensjahr und bildet sich vom 50. Lebensjahr an langsam zurück. Die chromophilen, speziell die eosinophilen Zellen des Vorderlappens, die mit der anatomischen Entwicklung sich vermehren oder abnehmen, sind die Träger der bis ins Senium reichenden Funktion. Sie vermehren sich bei Hypersekretion der Hypophyse — Akromegalie —, sind vermindert bei Hypofunktion. In der Schwangerschaftshypophyse entwickelt sich eine spezifische Zellart, die sich nach der Geburt wieder in die chromophile Zelle zurückverwandelt. Nervenendigungen finden sich reichlich im Vorderlappen, Kolloid besonders in der beide Teile verbindenden Pars intermedia. Vorderlappen und Pars intermedia üben beim Menschen eine innere Sekretion aus. Der Hinterlappen hat kaum physiologische Bedeutung. Der Gehalt des Hinterlappens an wirksamen Extraktstoffen wird durch Einwanderung dieser Stoffe aus dem Drüsenlappen in den nervösen Teil erklärt, wo sie erst aktiviert werden. Die Hypophysensekretionsprodukte beeinflussen indirekt über das sympathische Nervensystem das Affektleben und die gesamte geistige Entwicklung. Sie fördern den Ablauf psychischer Funktionen, ohne daß direkte Beziehungen zu einer bestimmten psychischen Funktion vorliegen, und regen die intellektuelle Entwicklung an. Intravenöse Injektionen von Hypophysenextrakt bewirken Blutdruckerhöhung, Kontraktion der Gefäße und Diurese, die intensiver ist als die irgendeines Diureticums. Uterus und Harnblase und die glatte Muskulatur des Darms werden zu starken Kontraktionen angeregt. Die Blutgerinnung wird durch Hinterlappenextrakte beschleunigt, die Ungerinnbarkeit des Blutes bei Hämophilen fast vollkommen korrigiert. Vorderlappenextrakte dagegen verzögern die Koagulation. Extrakte aus dem Hinterlappen der Rinderhypophyse — Pituitrin, Pituglandol — werden mit günstigem Erfolg zur Anregung der Wehentätigkeit und Peristaltik und zur Blutstillung angewandt. Injektion großer Mengen Hypophysenextrakt wirkt toxisch: Exzitation, Lähmungen, Herzstillstand und Lungenödem sind experimentell beobachtet. Transplantiertes Hypophysengewebe wird nekrotisch und durch Bindegewebe ersetzt. Die Folgen einer vollständigen Hypophysektomie können durch unmittelbare Autotransplantation in die Hirnrinde hinausgeschoben werden. Die Exstirpationsversuche widersprechen sich. Schäfer, Biedl und Cushing sahen die Tiere nach totaler Hypophysektomie sterben. Die Entfernung des Hinterlappens bleibt ohne Folgen. Aschners Tiere blieben mit schweren Störungen des Organismus am Leben. Die Cachexia hypophyseopriva äußert sich in Hemmung des Wachstums, der Knochenbildung, des Genitale, der Psyche und in einem reichlichen Fettansatz. Der Kohlehydratstoffwechsel leidet, indem die Zuckertoleranz erhöht wird. In der menschlichen Pathologie soll man häufiger bei Zwergwuchs, Fettsucht, Genitalatrophie und Mangel der sekundären Geschlechtscharaktere an eine hypophysäre Genese denken. Das Röntgenbild ist stets zu Hilfe zu nehmen. Hypophysenstoffe, die dauernd in kleinen Dosen zugeführt werden müssen, regen in diesen Fällen das Wachstum an. Bei Rachitis und Osteomalacie, bei Dystrophia adiposo-genitalis und intellektueller Schwäche werden mit Hypophysenpräparaten auffallende Besserungen erzielt. Die Akromegalie ist eine Überfunktion des Drüsenlappens, die stets durch eosinophile Adenome desselben veranlaßt wird. Bei fehlenden Hypophysentumoren müssen Keilbein, Canalis cranio-pharyngeus und Rachendach auf versprengte Hypophysenkeime untersucht werden. Die bei Akromegalen beobachteten Basedowsymptome entstehen auf dem Boden eines sympathischen Reizzustandes durch das vermehrte Hypophysensekret. Thymushyperplasie soll eine auslösende Rolle für das Leiden spielen,

ebenso werden die Keimdrüsen als primär angeschuldigt. Die Dystrophia adiposogenitalis beruht auf einer direkt oder indirekt ausgelösten Unterfunktion des Drüsenlappens. Verschiedenartige pathologische Prozesse im Hypophysengewebe können zugrunde liegen: Mißbildungen und Neubildungen, meistens Plattenepithelcarcinome und cystische Tumoren. Nach Schußverletzungen kann Dystrophia adiposo-genitalis sich entwickeln, wenn die Kugel in der Hypophysengegend liegt. Die für die operative Behandlung günstigsten Bedingungen der Dystrophie betreffen Fälle von intrasellär sich entwickelnden Neubildungen. Die Tatsache, daß auch extrahypophysäre Gehirnaffektionen dieselben klinischen Symptome wie Erkrankungen der Hypophyse selbst auslösen, macht vielfach eine sichere topische Diagnose unmöglich. Trögele erläutert die differential diagnostischen Schwierigkeiten an einem Fall, der ein 19 jähriges Mädchen betraf, bei dem der Ausgang in Heilung schließlich die Diagnose auf Meningitis serosa wahrscheinlich machte. Nach 30 in der Literatur bekannten Fällen von Tumoren der Hypophyse sind psychische Störungen sehr selten. Neben allgemeinen Hirndruckerscheinungen sind Adipositas, Abnahme der sexuellen Potenz, Erweiterung der Sella, Opticusatrophie ohne Stauungspapille, bitemporale Hemianopsie, Schlafsucht, myxödemähnliche Beschaffenheit der Haut und Lymphocytose des Blutes wichtige Symptome. *Klose* (Frankfurt a. M.).[CH]

Le Lorier et Le Cointe, Considérations sur les réactions intersexuelles du sang chez l'homme et nouvelles recherches sur les réactions intersexuelles du sang chez le cheval. (Betrachtungen über Blutreaktionen bei beiden Geschlechtern des Menschen und neue Untersuchungen über die Blutreaktionen bei beiden Geschlechtern des Pferdes.) Gynécologie Jg. **17,** Nr. 4, S. 201—204. 1913.

Bei den Graviditätstoxikosen spielen die Eiweißstoffe des Eies eine hervorragende Rolle; diese Substanzen können sowohl mütterlichen wie väterlichen Ursprunges sein. Wahrscheinlich bringt das männliche Individuum zum Aufbau des Eies Stoffe heran, die bezüglich ihrer Struktur verschieden sind von denen mütterlichen Ursprunges. Verf. haben aus diesem Grund das Blut des Mannes und der Frau untersucht und fanden, daß biologische Unterschiede bestehen, die sich in der mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen Agglutinationsfähigkeit der Blutkörperchen manifestieren. Das Serum des Mannes besitzt die Fähigkeit, menschliche Blutkörperchen in 36% der Fälle zu agglutinieren, das Serum der Frau tut das nur in 10% der Fälle. Verf. haben dann noch Pferdeblut im Hinblick auf diese Frage untersucht und kommen zu folgenden Schlüssen: das Serum des Hengstes agglutiniert die Blutkörperchen des Pferdes im Mittel in 24% der Fälle, das Serum der Stute tut dies in ca. 37% der Fälle, das Serum des Wallachs in ca. 27%. Hauptsächlich scheinen die Blutkörperchen der Stute für die Agglutination prädisponiert zu sein, jedenfalls mehr als die des Hengstes oder des Wallachs. Diese Resultate, verglichen mit denen, die die menschlichen Blutuntersuchungen ergeben haben, zeichnen sich durch die geringe Intensität und durch die mangelnde Genauigkeit der Reaktionen aus, es besteht also ein absoluter Unterschied zwischen diesen beiden Untersuchungsreihen. Damit ist die Bemerkung Bars, daß die Unterschiede in der Agglutinationsfähigkeit beim Menschen auf die verschiedenen Infektionen, die der Mensch durchmacht, zu beziehen sind, und daß man infolgedessen bei niedriger stehenden Individuen, als es der Mensch ist, viel weniger scharf die Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Serum finden würde, vollkommen gerechtfertigt. *Heimann.*

Löwy, Julius: Alkalitherapie und Autotoxikosen. (*Med. Univ.-Klin., R. v. Jaksch, Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 26, S. 361—365. 1913.

Allgemeine Diagnostik:

Plumier-Clermont, La technique de l'examen microscopique du sang en clinique. (Technik der klinischen mikroskopischen Blutuntersuchung.) Scalpel et Liège méd. Jg. **65,** Nr. 50, S. 845—847. 1913.

Der Verf. bringt eine kurze Angabe und Besprechung der Ausführung der verschiedenen

mikroskopischen Blutuntersuchungen und gibt eine kurze Übersicht über die wichtigsten Blutbefunde bei inneren Erkrankungen. *Schauenstein* (Graz).

Hausmann, Theodor, Über Urobilin und seinen Nachweis mit Hilfe der Chloroformextraktion des mit Kupfersulfat versetzten Harnes. (*Med. Poliklin.*, *Rostock.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. Bd. **13**, H. 3, S. 373—399. 1913.

Allgemeine Therapie:

Hamm, A.: Die Röntgentherapie in der Gynaekologie. Therapeut. Monatsh. Jg. **27**, H. 7, S. 469—478. 1913.

Praktische Ergebnisse.

Laquerrière, A.: La radiothérapie du fibrome uterin. (Die Radiotherapie der Uterusfibrome.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21** (H. 6), S. 179 bis 183. 1913.

Übersichtsreferat.

Pagenstecher, Alexander, Über die Benutzung von Sekundärstrahlen zur Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. **24**, S. 1319—1320. 1913.

Pagenstecher führt theoretische Erörterungen an, die er zum praktischen Ausprobieren schon jetzt bekannt gibt, ohne selbst Versuche gemacht zu haben.

Er schlägt vor, für die Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung bei der Behandlung inoperabler Geschwülste mehr als bisher die Wirkung der Sekundärstrahlen zu berücksichtigen und zu diesem Zwecke das Tumorgewebe mit Ferrum oxydulatum nigrum Riedel in feinster Aufschwemmung vorzubehandeln. Namentlich bei allen oberflächlichen Prozessen einschließlich der Mammacarcinome und der Drüsenmetastasen verspricht er sich dadurch Erfolg, ev. auch für die Sensibilisierung tiefer gelegener Geschwülste. *Goldschmidt* (Hannover).

Regaud, Cl., und Th. Nogier, Die Einwirkung hoher X-Strahlen-Dosen, welche durch Filtration durch eine 3 und 4 mm dicke Aluminiumschicht gehärtet werden, auf die Haut und ihre Anwendung in der Röntgentherapie. Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 733—787. 1913.

Zunächst wird die Wirkungsweise auf Cutis und Epidermis beschrieben, ihre Bedeutung für die oberflächliche und tiefe Röntgentherapie. Die Verff. gelangten zu folgenden Ergebnissen: Die Dosis 3 des Chromoradiometers von Bordier erzeugt unter einem Filter von 4 mm Aluminium dieselbe Reaktion wie die Dosis 1 einer nicht gefilterten Strahlung mittlerer Härte. Appliziert man eine Dosis von Teinte 4 (Bordier) unter 3 mm, so erfolgt eine Abstoßung der Epidermis ohne Radiodermatitis. Diejenigen Hautveränderungen, welche durch die hohen Dosen filtrierter Strahlen hervorgerufen werden, sind andere, als die durch relativ geringe Dosen unfiltrierter Strahlen erzeugten. So kann die Epidermis durch 14—25 H zerstört werden und zwar tritt diese Epidermitis in der Regel nach 3 Wochen auf; während hier die Cutis verschont bleibt, wird sie bei der durch unfiltrierte Strahlen erzeugten Hautschädigung mitbeteiligt. Filter von 1—2 mm Aluminium sind für Tiefentherapie unzulänglich und auch für die Bestrahlung oberflächlicher Tumoren empfiehlt sich die Filterdicke von 3—4 mm. Die elektive zellzerstörende Wirkung gegenüber Tumoren ist bei einer so gefilterten Strahlung größer. Die Vernarbungsprozesse verlaufen besser und die Widerstandsfähigkeit des Gebietes, auf dem sich der Tumor entwickelte, bleibt besser erhalten für den Fall eines Rezidives; dieses nimmt nämlich innerhalb solcher Gewebe, deren Resistenz durch die Strahlen vermindert wurde, einen außerordentlich rapiden Verlauf. Neben diesen Vorzügen birgt die intensive Röntgentherapie mit stark filtrierten Strahlen gewisse Gefahren, die durch die Strahlenempfindlichkeit derjenigen gesunden und kranken Organe hervorgerufen werden, welche unter den zu beeinflussenden Organen gelegen sind. Für die voroperative Röntgentherapie sind folgende Ergebnisse zu beachten: Dosen, die durch 1—2 mm Aluminium filtriert nicht imstande sind, die Abstoßung der Epidermis aufzuhalten, können latente, im Anschluß an einen chirurgischen Eingriff hervortretende Schädigungen der Cutis, die sich in einer ulcerösen, nekrotisierenden Radiodermatitis äußern, hervorrufen.

Dagegen erzeugen durch 3—4 mm Aluminium filtrierte Strahlen keine solche Überempfindlichkeit der Haut. *Lembcke* (Freiburg i. Br.)

Rusoakova-Swowitsch, A. A.: Schlamm- und Mineralbäder während der Menstruation. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 28, H. 5—6, S. 783—797. 1913. (Russisch.)

Autor. berichtet über Resultate der Anwendung von warmen und heißen Bädern in 110 Fällen während der Periode. In 80 dieser Fälle schmerzhafte Menses. Sie kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Schlammbäder, warme und heiße, regulieren die Blutungen. Die Dauer derselben ändert sich meistens nicht oder wird eher kürzer als länger. 2. Die Schmerzen schwinden entweder ganz oder lassen nach. 3. Der allgemeine Zustand wird nicht ungünstig beeinflußt. Der günstige Einfluß der Bäder liegt nach Straßburger darin, daß die heißen Bäder zunächst die Haut reizen und eine Verengerung der peripheren Blutgefäße hervorrufen, diese weicht aber bald einer Gefäßerweiterung der Haut und es tritt eine Verengerung der Gefäße der inneren Organe ein. *Ginsburg.*

Baudouin, A., Sur la recherche du principe actif de l'hypophyse. (Untersuchungen über das aktive Prinzip der Hypophysis.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 74, Nr. 20, S. 1138—1140. 1913.

Autor verwendet den Hinterlappen, der im Vakuum bei Kälte getrocknet, entfettet, mit Alkohol ausgezogen, nach Verdunstung des letzteren mit Salzwasser versetzt wird. Zusatz von Essigsäure ergibt ein Präzipitat und einen Liquor. Ersteres hat keinerlei physiologische Aktivität. Letzterer wird im Vakuum konzentriert und durch Äther von der Essigsäure gereinigt. Der erhaltene Satz wird mit kochendem absolutem Alkohol ausgezogen. Bei Erkaltung schlägt der Alkohol ein weißes kristallinisches Produkt nieder, das durch Zentrifugieren aufgesammelt, mit Äther gewaschen und getrocknet wird. Es ist sehr hygrometrisch, verbrennt auf der Platinpfanne ohne Rückstand unter dem Geruch verbrannten Hornes, wird in Erhitzung durch Silicatsäuren gefällt, gibt eine wässerige neutrale Lösung und enthält keine Acetate. Dies Produkt ruft in der Dosis von 6—8 mg beim Menschen die charakteristischen Erscheinungen hervor. Durch die Behandlung mit kochendem Alkohol geht ein Teil des aktiven Elementes verloren. Aus 40 g trockener Hinterlappensubstanz erhielt Autor nur 80 mg. *Mohr* (Berlin).

Nowikoff, A.: Therapeutische Bedeutung der Kastration. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 28, H. 5—6, S. 777—780. 1913. (Russisch.)

In den schweren Fällen von Dysmenorrhöe, wo alle andere Mittel versagen, bleibt die Kastration als der sicherste Weg zur Beseitigung des Leidens übrig. Dabei fand Autor immer ein hypertrophisches, histologisch aber normales Ovarium. Oft kombiniert sich der Befund mit Mißbildungen, Myomen des Uterus, dann begegnet man aber auch nur einer Hypertrophie der Eierstöcke, so daß Nowikoff diese als ein selbständiges Leiden betrachtet. Bekannt sind die guten Erfolge der Kastration bei Osteomalacie. Bei Tub. pulmonum zieht N. die Kastration einer Hysteroektomie vor. Sie beseitigt die menstruellen Blutungen und die monatlich einsetzende Hyperämie, die zur Exacerbation des Lungenprozesses führen. Die vasomotorischen Störungen schwinden mit der Zeit. Ausfallserscheinungen konnte Autor in seinen Fällen nicht beobachten. *Ginsburg.*

Allgemeine Chirurgie:

Gatch, W. D., Dewell Gann and F. C. Mann, The danger and prevention of severe cardiac strain during anesthesia. (Die Gefahr schwerer Herzüberdehnung während der Narkose und ihre Verhütung.) (*Indiana univ. school of med.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 60, Nr. 17, S. 1273—1278. 1913.

Verf. bespricht die Gefahren, die die Trendelenburgsche Lagerung in gewissen Fällen für das Herz und die Atmung mit sich bringt und hat die Wirkung derselben in einer Anzahl von Tierversuchen studiert. Während in horizontaler Lage sich die Tiere, wenn bis zum Atemstillstand narkotisiert wurde, nach Entfernung des Narkoticums wieder erholten, trat bei 16 Tieren unter sonst gleichen Bedingungen aber in Beckenhochlagerung nur einmal Wiedererholung ein; die anderen gingen rasch durch Versagen des Herzens zugrunde. Weiter wurde nach Beginn der Narkose der Thorax breit eröffnet, so daß auch die Herzbewegung kontrolliert werden konnte. Nach Aussetzen der künstlichen Atmung stand das Herz bei den in Beckenhochlagerung befindlichen Tieren im Durchschnitt nach $3^9/_{10}$ Minuten still, bei den horizontal gelagerten erst

nach $7^{8}/_{10}$ Minuten. Sehr ungünstig machte sich auch der Einfluß einer starken Exzitation während der Narkose bemerkbar, der rasch zu einer Überdehnung des rechten Ventrikels führte. Es gilt deshalb erstens eine starke Exzitation zu vermeiden und besonders bei Patienten mit Störungen der Herztätigkeit die Beckenhochlagerung nur langsam herbeizuführen. *Kulenkampff.*[CH]

Vogt, E., Die klinischen und anatomischen Grundlagen der Trendelenburgschen Operation bei der puerperalen Lungenembolie. (*Frauenklin., Dresden.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 1, S. 137—145. 1913.

Bisher Trendlenburgs Operation noch wenig ausgeführt, bei der puerperalen Lungenembolie noch niemals. Verf. betrachtet dann 14 in der Dresdener Klinik 1897 bis 1912 vorgekommene tödliche Wochenbettsembolien bezüglich der Ausführbarkeit obigen Eingriffs. (Auftreten der Embolien im 16.—40. Lebensjahr nach 6 spontanen, 8 operativen Entbindungen, am 5.—18. Wochenbettstag, Exitus sofort, nach 5 bis 40 Minuten, nach 18—22 Stunden.) Bedingung für Aussicht auf erfolgreiche Ausführung: exakte Diagnose der Embolie, ihres Sitzes, sofortige Ausführbarkeit der Operation, guter Zustand der Kranken. Diagnose leicht, sogar wenn primäre Thrombose klinisch nicht erweisbar. Von Verf. 14 Frauen starben 3 sofort nach glattem Wochenbett. Mahlers Zeichen in 5 Fällen vorhanden gewesen, in 65% Exitus ohne die geringsten Vorboten. Embolus nur ausziehbar, wenn er den Stamm oder Hauptast der A. pulm. verstopft. Bei multiplen Embolien der kleinen Äste Beseitigung undenkbar. In Verf. Fällen bei 12 Sektionen war 8 mal Konus oder Hauptäste, 4 mal Äste 2. oder 3. Ordnung verlegt. Bei sezierten, chirurgischen Lungenembolien Ranzis saß der Thrombus weit häufiger in kleinen Nebenästen, 9 mal (64% Vogts Fälle) wäre Operation innerhalb 15 Minuten, 10 mal (71%) innerhalb 5 Minuten nach Embolieanfall möglich gewesen. Anders bei postoperativer Embolie, wo nur in 45% unter 22 Fällen Buschs hätte operiert werden können. Die puerperale Lungenembolie befällt kräftige Individuen in Verf. Fällen (50%) vor dem 30. Lebensjahr, 45% zwischen 30. und 40. Die postoperative Embolie dagegen tritt bei durch Blutungen, Eiterungen, Neoplasmen geschwächten Individuen ein, meist zwischen 50.—70. Jahr (Fälle Ritzmanns). *v. Miltner* (München).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Meine, Berta M., and I. Mary Roberts, Immunity and bacterial vaccines: diagnostic and therapeutic uses in gonorrhea. (Immunität und Bakterienvaccine mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie der Gonorrhöe.) Woman's med. journal Bd. **23**, Nr. 3, S. 49—52. 1913.

Serum- und Vaccinetherapie verdanken ihren Ursprung Immunitätsstudien. Es folgt eine Darstellung des Wesens der Immunität, wobei auf die bekannten Theorien Ehrlichs, Wrights und Metschnikoffs eingegangen wird. Vaccine kann definiert werden als ein Bakterienprodukt, das, einem Organismus eingespritzt, denselben anregt zur Bildung von Schutzstoffen gegen die betreffende Infektion, so daß, wenn einmal der spezifische Organismus entdeckt ist, die Herstellung der entsprechenden Vaccine auf keine Schwierigkeiten stößt. Verff. gehen dann des genaueren auf die Vaccinetherapie der Gonorrhöe ein; bei den gonorrhoischen Infektionen, bei welchen der Eiter nach außen entleert wird, kommt man mit der mikroskopischen Diagnose aus. Bei versteckten Herden kommen in Frage die Komplementfixationsmethode, analog der Wassermannschen Reaktion, die Cutanreaktion mit einem Autolysat der Gonokokken, und endlich die subkutane Infektion abgetöteter Gonokokkenkulturen, die, genau wie bei der Tuberkulose, zu einer lokalen Entzündung, einer vermehrten Sekretion aus dem gonorrhoischen Herd und zu deutlichen Allgemeinerscheinungen (Fieber, Appetitlosigkeit) führt. Mit der letzten Methode wurden in 15 Fällen neun positive, zwei zweifelhafte und vier negative Reaktionen erzielt. — Zur Vaccinetherapie eignen sich am besten subakute und chronische Erkrankungen, besonders solche, bei denen abgekapselte Herde be-

stehen. Die Lymphe wirkt nicht auf oberflächliche Schleimhauteiterungen; da muß lokale Behandlung die oberflächlichen Bakterien töten, während ihr Vordringen in die Tiefe durch die Vaccine gehemmt wird. Kinder sollen eine Dosis von 1—10 Millionen abgetöteter Bakterien erhalten, Erwachsene eine solche von 25—100 Millionen. So konnte man in einem Falle von frischer doppelseitiger Salpingitis nach vier Injektionen eine schnelle Heilung erzielen, bei einer kindlichen Vulvovaginitis schwanden die Bakterien nach 3 Wochen. Verff. sind selbst der Meinung, daß die Vaccinetherapie noch im Stadium des Versuches steht, glauben aber, daß sie genügend wissenschaftlich begründet ist, um weiter erprobt zu werden. *Rittershaus* (Koburg).

Freund, Emanuel, Erfahrungen mit Arthigon bei den Komplikationen der Gonorrhöe. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 25, S. 1550—1554. 1913.

Arthigon wurde in 42 Fällen von Gonorrhöe der männlichen Genitalien als einzige Therapie ambulatorisch mit gutem Erfolge angewandt. Es wurden nur fieberfreie Fälle behandelt. In allen akuten Fällen Temperatursteigerung; je stärker die Reaktion, um so besser der Erfolg. Lokal fast immer Schwellung, öfter Rötung; häufig Schmerzen um die Einstichstelle. Manchmal Herdschmerzen. Niemals Schädigung durch das Mittel. In einem zweifelhaften Falle von Arthritis gon. bewährte es sich als Diagnostikum, nachdem alle anderen Methoden im Stich gelassen hatten. *Bischoff* (Düsseldorf).

Semenow, W. P., Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Gonokokkenvaccine bei chronischen gonorrhoischen Arthritiden. (*Klin. Inst. d. Großfürst. Helene Pawlowna, St. Petersburg.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. **5**, S. 349—377. 1913.

Behandelt wurden 6 Kranke mit chronischer gonorrhoischer Arthritis, die klinisch beobachtet wurden. Es wurde polyvalente frische Gonokokkenvaccine verwandt. Die Beobachtungen wurden ohne Bestimmung des Opsonin-Index gemacht. Nach der Operation tritt eine Verschlimmerung des Krankheitsprozesses ein, die dann ziemlich schnell in eine Besserung des Gesundheitszustandes übergeht. Sobald dieser Zustand erreicht ist, wird wieder gespritzt. Verf. verabreichte bis zu 27 Injektionen. In einem Falle konnte durch die Behandlung der gonorrhoische Charakter einer Gelenkentzündung ausgeschlossen werden. Bei chronisch-gonorrhoischen Affektionen war die Einspritzung stets von schmerzstillender Wirkung, bewirkte Temperaturabfall und rief als Nebenwirkung Durchfall hervor. Die Gonokokken verschwanden aus den Absonderungen der Geschlechtsorgane nur sehr selten, in den 6 mitgeteilten Fällen nicht ein einziges Mal. *Colley* (Insterburg).[CH]

Hahn, Gerhard, Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit. Samml. zwanglos. Abhandl. a. d. Geb. d. Dermatol., d. Syphilidol. u. d. Krankh. d. Urogenitalapp. Bd. **2**, H. 6, 27 S. 1913.

Bei der Diagnose, besonders der Syphilis, soll der Arzt nicht brutal vorgehen, sondern im Hinblick auf die seelische Erschütterung des Kranken erst allmählich deutlicher werden. Bei suspektem Ulcus nie vorzeitig den Kranken aus der Behandlung entlassen, ehe nicht alle Hilfsmittel der Diagnose (Spirochätenuntersuchung, Wassermann usw.) erschöpft sind. — Bei der Gonorrhöe sind peinlichste und wiederholte mikroskopische Untersuchungen geboten, besonders bei der weiblichen. Größte Vorsicht bei der Ausstellung von Gesundheitsattesten, große Skepsis bei der Beurteilung der Heilung weiblicher Gonorrhöen. In bezug auf die Therapie ist die Ermöglichung einer gesunden Ehe das Endziel jeder Behandlung. Angabe eines Tripper-Merkblattes für den Kranken. Warnung vor nachlässiger Behandlung und Polypragmasie. — Auch für die Behandlung der Lues ist die Verabfolgung eines Merkblattes an den Kranken sehr wertvoll. Ein solches wird angegeben. Urinkontrolle bei Hg-Kuren! Abortivkur der Syphilis (auch der Gonorrhöe) wird befürwortet. Alle Fragen der Syphilisbehandlung werden besprochen, auch der Bedeutung der Wassermannschen Reaktion wird Rechnung getragen. Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten stützt sich auf eine gewissenhafte Diagnose und Therapie. Daneben Aufklärung über die Gefahren des außerehelichen Coitus; Appell an den Hausarzt. Aufzählung aller prophylaktischen Maßnahmen. „Ich glaube, daß gar mancher Arzt aufgerüttelt werden muß aus Gleichgültigkeit und Nonchalance.“ *Blanck.*

Unterricht und Lehrmittel:

● **Darier, J., Grundriß der Dermatologie. Autor. Übers. a. d. Franz. von Karl G. Zwick, mit Bemerk. u. Erg. von J. Jadassohn.** Berlin: Springer 1913. XV, 543 S. M. 22.—

Der Grundriß der Dermatologie Dariers ist für den Studierenden der Medizin

und den praktischen Arzt bestimmt. Er bringt (unter Verzichtleistung auf Literaturangaben, historische und theoretische Betrachtungen) nur das Wesentliche in bezug auf Diagnose und Behandlung. Der Plan, nach dem der Stoff angeordnet ist, ist ungewöhnlich, neu und originell. Im ersten Teil des Buches (Kapitel I—XXII) werden die dermatologischen Grundformen beschrieben, im zweiten Teil (Kapitel XXIII bis XXX) die eigentlichen Hautkrankheiten, „die Krankheitsindividuen mit bestimmter Ätiologie". Den Anhang bilden therapeutische Notizen. 122 Textfigurnn dienen zur Illustration. *Blanck* (Potsdam).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Goldman, Alexander, A plea for early laparotomy in abdominal diseases. (Verteidigung der frühzeitigen Laparotomie bei abdominalen Erkrankungen.) Med. record Bd. **83,** Nr. 22, S. 981—983. 1913.

Nichts den Gynaekologen Interessierendes. *Mohr* (Berlin).

● **Vogeler, A., Ratgeber in Diätfragen für Gesunde und Kranke. Ein Diät-Kochbuch mit 700 Kochvorschriften bei den verschiedensten Krankheiten und mit 30 Speisefolgen. Hierzu Anh.: Kinderernährung.** Braunschweig: Neumeyer 1913, VI, 334 S. M. 4,50.

Auf der Basis ausgedehnter Erfahrungen gibt Verf. zahlreiche Diät- und Kochvorschriften für Gesunden- und Krankenkost in gründlicher Weise. Jegliche Krankheitsspezies ist bedacht, für die ein besonderer Modus der Ernährung in Betracht kommt. Im Anhang finden sich die Prochownikscbe und Lahmannsche Schwangerendiät sowie eine Übersicht über rationelle Säuglings- und Kleinkinderernährung. *Ehrenberg* (Berlin).

Schmidt, Ad.: Die rationelle Einrichtung der Diätküche in Krankenhäusern und Sanatorien. Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 27, S. 1077—1078. 1913.

Weinbrenner: Willy Thorn. Gedächtnisrede, gehalten in der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 25, S. 1383—1385. 1913. Nachruf.

Gynaekologie.

Uterus:

Romeis, B., Über Plastosomen und andere Zellstrukturen in den Uterus-, Darm- und Muskelzellen von Ascaris megalocephala. (*Histol.-embryol. Inst., Univ. München.*) Anat. Anz. Bd. **44,** Nr. 1/2, S. 1—14. 1913.

Hinsichtlich der Form werden Plastokonten und Plastochondrien unterschieden; das Mengenverhältnis beider richtet sich nach dem Zustande der Zellen. Ein allmählicher Übergang von Plastosomen in Sekrettropfen ist nachzuweisen. Über Stützfibrillen der Uteruszellen, über das Protoplasma dieser und über Einlagerungen des Cytoplasmas ist im Original nachzulesen; die Arbeit, der Abbildungen beigegeben sind, ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet. *P. Meyer* (Berlin).

Ward, George Gray, The treatment of endometritis. (Die Behandlung der Endometritis.) New York med. journal Bd. **97,** Nr. 23, S. 1181—1187. 1913.

1. Die Leukorrhöe, das hervorstechendste Symptom der Erkrankung, kommt aus der Uterushöhle, nicht aus der Vagina. 2. Die Endometritis ist in zwei große Haupttypen zu sondern, nämlich in jene mit bakteriellem Ursprung und in jene ohne bakteriellen Ursprung. 3. In akut infektiösen Fällen enthält der Ausfluß Eiter mit lebenden Mikroorganismen. 4. Die Behandlung akut-infektiöser Fälle ist unbedingt eine inaktive. 5. Bei der sog. chronisch-hyperplastischen Endometritis, mit welcher wir es zumeist zu tun haben, besteht keine Infektion, und der weiße Fluß ist Folge einer Hypersekretion der Cervix- und Korpusdrüsen als Folge venöser Kongestion. 6. Das erste und oberste Prinzip bei der Behandlung dieser Fälle ist es, die Ursache der venösen Stase zu erforschen und durch geeignete Mittel zu bekämpfen. 7. Die Curette ist das beste Mittel, die stark verdickte, kranke Schleimhaut zu entfernen, aber wenn sie allein verwendet

wird, ohne das Grundübel zu beheben, wird bloß eine vorübergehende Besserung der Symptome erzielt. 8. Scheidendouchen, Glycerintampons, Lagerungsmethoden sind bei geeigneter Anwendungsform wertvolle Hilfsmittel, um die Beckenzirkulation zu verbessern. 9. Bei den vermutlich von Störungen der Ovarialfunktion (Vermehrung oder Verringerung) abhängigen Fällen, so z. B. bei präklimakterischen Meno- und Metrorrhagien, bei Arteriosclerosis uteri, chronischer Metritis, Fibrosis usw., und wo die Curette und lokale Maßnahmen erfolglos sind, muß eine Behandlung eingeleitet werden, die sich gegen die Ovarien richtet, so mittels Röntgenstrahlen oder durch Sera von antagonistischen innersekretorischen Drüsen; oder aber es bleibt nur die Entfernung der Ovarien oder Hysterektomie als einziger Ausweg. 10. Bei pathologischer Untersuchung von Curettements ist die Beziehung zwischen dem Datum der Curettage und dem Menstrualstadium herzustellen, wenn die Untersuchung von Wert sein soll. *Frankl.*

Whitehouse, Beckwith, The pathology and treatment of uterine haemorrhage. (Pathologie und Behandlung der Uterusblutungen.) Practitioner Bd. **90**, Nr. 6, S. 952—960. 1913.

Schwierig wird die Behandlung der Uterusblutungen, wo weder Zurückbleiben fremder Stoffe, Neubildungen noch Vergrößerungen des Organes die Ursache enthüllen. Autor erwähnt 1. die Fälle junger Mädchen in der Pubertät, bei denen infolge zu langsamer Entwicklung des Uterus der durch die bereits reifen Ovarien hervorgerufenen Blutung nicht durch Uteruskontraktionen Einhalt getan werden kann. Therapie: Bettruhe, Hygiene, Stimulation des Uterus zur Entwicklung, gegebenenfalls Curettage. 2. Blutungen vor der Pubertät weisen auf eine Neubildung (Sarkom der Ovarien, Hypernephrom) oder auf eine Blutkrankheit hin. 3. Bei der reiferen Frau entstehen oft Blutungen auf der Basis allgemeiner konstitutioneller Krankheiten. — Ist jedoch eine lokale Ursache der Blutungen am Uterus zu finden, so nimmt Verf. die Curettage nur vor, wenn das aus dem Uterus mit einer Röhre entnommene Blut sich als keimfrei erweist. Anderenfalls fürchtet er Einimpfung der Keime in die eröffneten Blut- und Lymphgefäße. — Blutungen während der Menopause sind häufig veranlaßt: 1. durch Degeneration der Blutgefäße. Arteriosklerose oder Lues zerstören die Gefäßwände, die Uterusmuskulatur verliert durch ungenügende Ernährung ihre Contractibilität. 2. Durch Erhöhung des Blutdruckes, der sich auch in den Wallungen offenbart. Wirksam sind hier Purgative, Nitroglycerin, Amylnitrit. 3. Durch Überfüllung des Pfortadersystems. Hier hilft eine gründliche Kur mit Laxantien. — Autor erwähnt noch als Ursache für Blutungen eine ungenügende Calcium-Ausscheidung durch den Uterus, da hierdurch die Koagulierung des Blutes schwieriger wird. Bei Erkrankungen der Schilddrüse, die nach Blair Bell ein die Calciumausscheidung beförderndes Stimulans produziert, sieht man auch häufig Uterusblutungen. Autor wendet hiergegen Schilddrüsentabletten und Kalksalze an. *Mohr* (Berlin).

Gunakoff, L.: Zur Frage der cystischen Degeneration der Uterusmyome. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **28**, H. 5—6, S. 715—722. 1913. (Russisch).

39jährige Frau. Ein spontaner Partus und ein Abort. Seit 1 Jahre Menses zwar regelmäßig aber stärker als vorher. Seit einigen Monaten Blutungen ohne Pause, starke Zunahme des Leibes, allgemeine Schwäche. Die Untersuchung ergab einen Tumor, vom Uterus oder Ovarium ausgehend. Bei der Laparotomie stellte sich ein elastischer, kindskopfgroßer Tumor heraus, mehrkammerig, exzentrisch entwickelt, so daß er dicht am Mesometrium der rechten Uterusseite anliegt. Genesung. Untersuchung des Tumors ergab: Myoma cysticum degenerativum. Mikroskopisch unterscheidet sich das Tumorgewebe von der glatten Muskulatur des Uterus, es besteht aus Zellen mit runden und ovalen Kernen, Zwischensubstanz schwach entwickelt. An manchen Stellen fanden sich noch vereinzelte glatte Muskelfasern und Bindegewebsbündel.

Die Ursache der Degeneration soll in schlechter Ernährung liegen, wie bei dünnem Stiel, subserös und intraligamentär entwickelten Myomen. Die Symptome des Degenerationsprozesses sind nicht konstant. Nach Winter soll in 74% der Fälle starke Blutung vorhanden sein. Rasches Wachstum ist nicht immer nachzuweisen. Die beiden oben erwähnten Symptome, Gefahr der sarkomatösen Degeneration sind Indikationen für einen operativen Eingriff. *Ginsburg* (Breslau).

Barsotti: Torsione assile di utero fibromatoso. (Achsendrehung eines myomatösen Uterus.) (Soc. toscana di ostetr. e ginecol., sed. 23. VI. 1912.) Ginecologia Jg. **9,** Nr. 24, S. 721—725. 1913.

Erscheinungen von Darmverschluß durch einen Tumor in abdomine bedingt; Fieber; galliges Erbrechen; blasse Gesichtsfarbe; collapsähnliche Zustände; oberflächliche Atmung; kleiner, rascher Puls usw. 8 Tage vorher heftige Schmerzen im Unterleib. Diagnose Ovarialcystom mit Stieldrehung. Bei der Operation stellt sich eine völlige Umdrehung eines kindskopfgroßen Fundusmyoms von links nach rechts heraus mit beginnender Gangrän des Uterus. Hysterectomia totalis. Tod am 6. Tage post operationem an lobärer Pneumonie. Der Verf. hebt die große Seltenheit der Achsendrehung des Uterus hervor. Das rasche Wachstum des Tumors, das breite Aufsitzen desselben im Fundus uteri das freie Hineinragen in die Bauchhöhle sind wohl die Hauptursachen der Achsendrehung. *Klein* (Straßburg i. E.).

Hendrick, Arthur C., The early diagnosis of cancer of the uterus with report of an hysterectomy in an early case. (Die Frühdiagnose des Uteruscarcinoms mit Bericht über eine Hysterektomie in einem Frühfalle.) Canad. journal of med. a. surg. Bd. **33,** Nr. 6, S. 433—441. 1913.

Am häufigsten ist das Carcinom der Cervix, das entweder vom Plattenepithel, von Errosionen der Vaginalportion oder vom Epithel des Cervicalkanals entspringt. Krebs des Uteruskörpers geht entweder von der Schleimhaut oder bei weitem häufiger von den Drüsen aus. Klinisch erscheint das Carcinom der Vaginalportion als Geschwür mit wallartigem Rande, als runder, unter der Schleimhaut gelegener Knoten oder als proliferierender Tumor. Cervicalcarcinome können polypöse Tumoren oder breite Geschwüre bilden oder seltener als Endo- und Peritheliome auftreten. Der Krebs des Uteruskörpers, der seltener vom Oberflächenepithel als den Drüsen entspringt, erscheint als circumscripte oder diffuse Geschwulstbildung. Als prädisponierende Momente sind anzusehen beim Cervicalcarcinom: Häufige Geburten mit Einrissen, chronische Katarrhe, Prolaps und schlechtsitzende Pessare; beim Corpuscarcinom: Fibrome, Endometritis und Sterilität. Als Initialsymptome haben zu gelten: Blutungen nach Coitus, nach Scheidenspülungen, nach dem Stuhlgang, verbunden mit einem wässerigen Ausfluß aus der Scheide. Dazu kommen beim Carcinom des Uteruskörpers unbestimmte Schmerzen im Unterleib, Reizbarkeit der Blase und des Rectums, Unregelmäßigkeiten der Periode oder Rückkehr der Blutungen in der Menopause. In beginnenden und zweifelhaften Fällen ist eine Curettage der Schleimhaut und genaue Untersuchung angebracht. Differentialdiagnostisch kommen in Frage vor der Menopause: vernachlässigte Aborte, Polypen, Fibrome; zur Zeit der Menopause Fibrome, Metritis oder Fibrosis uteri; nach der Menopause werden die Blutungen oft mit Blasenerkrankungen verwechselt. Verf. beantwortet die Frage nach der Häufigkeit des Uteruscarcinoms in der Menopause dahin, daß er als veranlassendes Moment die senile Endometritis anspricht, die als chronische Entzündung die Basalmembran der Uterindrüsen freilegt und letztere zu bösartigem Wachstum anregt. — Mitteilung eines Falles von Uteruscarcinom, bei dem durch Curettage eine sehr frühe Diagnose gestellt und eine erfolgreiche Hysterektomie gemacht werden konnte. *Rittershaus* (Koburg).

Franco, P. M., L'utilità dell'esame cistoscopico nel cancro del collo dell'utero. (Der Nutzen der Cystoskopie bei Collumcarcinom.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16,** Nr. 5, S. 131—132. 1913.

Die Cystoskopie ist bei Cervixcarcinom ebenso wichtig wie die Rectaluntersuchung und andere Untersuchungsmethoden. Das Trigonum ist je nach Sitz und Ausdehnung des Carcinoms verlagert, die Schleimhaut kann dabei normal sein. Wichtiger, weil als spezifisch für Carcinom angesehen, ist die Faltenbildung der Schleimhaut, Granulationsbildung und das Auftreten dunkler, harter Knötchen. Die Ureterenmündungen können durch ödematöse Falten verdeckt sein. Kompressionen der Ureteren lassen sich häufig aus den Urinentleerungen erkennen, ebenso durch Ureterensondierung. Die Wertung dieser Symptome läßt einen Schluß auf den operativen Weg ziehen. *Berberich* (Karlsruhe).

Cobb, Farrar, Cancer of the uterus. The operable cases. The operation of choice. A study of 309 cases at the Massachusetts general hospital from 1900 to 1910. (Uteruskrebs. Die operablen Fälle und die Operation der Wahl bei 309 Fällen, aus dem General Hospital Massachusetts von 1900—1910.) Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Bd. **4,** Nr. 1, S. 1—28. 1913.

Im ganzen dieselben Prinzipien wie in Deutschland seit Wertheim und Mackenrodt. Von 309 Fällen 52 inoperabel, 148 palliative Operationen, 14 vaginale, 92 abdominale Hysterektomien, 3 lehnten Operation ab. Operabilität also = 35,2%. Die Operabilität kann oft erst

nach dem Bauchschnitt festgestellt werden. Warme Empfehlung der Radikaloperation nach Wertheim. Vaginale Operation nur bei sehr fetten Frauen und bei zu schlechtem Allgemeinzustand. 21 abdominale Hysterektomien bei Korpuscarcinom mit 19% primärer Mortalität und 31,2% Dauerheilungen (5—8 Jahre). Von den 71 Abdominaloperationen bei Cervixcarcinom waren 49 einfache Hysterektomien (17 = 34,6% primäre Mortalität) und 22 erweiterte Radikaloperationen (5 = 22,7% primäre Mortalität, Dauerheilungen 5 = 29,4%). Ein Fall von Spätrezidiv nach 11 Jahren, Metastase in den Beckenknochen. Die Schilderung der Operationstechnik bietet nichts wesentlich Neues. Vergrößerte Lymphdrüsen 5 mal entfernt, alle Fälle rezidivfrei. Drainage per vaginam. Dauerkatheter, Blasenspülungen. *Semon.*

Stevenson, William O., The treatment of inoperable cancer of the uterus (Die Behandlung des inoperablen Uteruskrebses.) Canad. practitioner a. rev. Bd. **38**, Nr. 1, S. 1—14. 1913.

Der Verf. bespricht zuerst die Fortschritte in der Frühdiagnose des Krebses, welche wir den Laboratoriumsuntersuchungen verdanken. Er erwähnt die Probe von Salomon und Saxl, welche auf einer Zunahme von Oxyproteinsäure im Urin beruht, die Probe von Salomon, Saxl und Falk, welche auf einer Zunahme von Peptonen im Urin beruht, die Methylenblauprobe, die Kolloidnitrogenprobe, die Meiostagmin-Reaktion, die Zellreaktion von Freund und Kaminer, die Antiferment-Reaktion nach Pinkuss. Sodann beweist er an der Hand von Statistiken, die z. T. auf Lebensversicherungsstatistiken basieren, daß die Krebsfälle sowohl in Amerika als in Europa stets zunehmen und daß die Operabilitätsprozente, die Dauererfolge und die absoluten Heilungen in Amerika und in Europa ganz verschieden sind: die Operabilitätsprozente für Europa betragen 65,17, für Amerika 35; die Dauerresultate nach 5 Jahren für Europa 40,72, für Amerika 8,39; die absoluten Heilungen für Europa 21%, für Amerika 1%. Es bleibt also neben den chirurgischen Eingriffen noch ein weites Feld offen für die nicht-operativen Behandlungsmethoden. Die bekanntesten sind: Injektion von 15 ccm Ascitesflüssigkeit eines carcinomatösen Patienten (kein dauernder Erfolg); Injektion von Krebssaft; Antimeristem nach Schmidt; Micrococcus-neoformans-Vaccine; Wassermanns-Eosin-Selenium; Radium. Unter den palliativen Mitteln sind noch zu erwähnen: die Kataphorese, die Röntgenstrahlen, die Fulguration, die Excochleation gefolgt von Ätzungen mit Carbol, Chlorzink, Formalin, der artifizielle Verschluß der Vagina, die Unterbindung der A. hypogastric. Der Verf. selbst wendet Aceton an, das er nach Excochleation in Hochlagerung mit einem Röhrenspeculum in den Krater eingießt (Vulva und Vagina durch Einfetten mit Vaseline geschützt) und eine $^1/_2$ Stunde einwirken läßt; dann Austrocknung und Ausstopfen der Vagina. Weitere Behandlung alle 4—5 Tage. Nach 2—3 Wochen sind die Ränder des Kraters glatt und fest, keine Blutung, kein Geruch mehr, Allgemeinzustand bedeutend gebessert. *Klein* (Straßburg i. E.).

Bauchorgane:

McKenty, James, The surgical treatment of pendulous abdomen. (Die chirurgische Behandlung des Hängebauches.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 5, S. 355—363. 1913.

Die Fälle von Hängebauch zerfallen in 2 Klassen, solche mit und ohne Diastase der Recti. Im ersteren Falle erfolgt die Dehnung der Linea alba nicht nur in der Breite, sondern auch in der Längsrichtung, so daß die Entfernung vom Nabel bis zur Symphyse $^3/_5$ statt normalerweise $^2/_5$ der Gesamtlänge der Linea alba betragen kann. In Fällen ohne Rectusdiastase findet sich die Erschlaffung der Bauchwand hauptsächlich in den unteren seitlichen Partien der Bauchwand. Zur Behandlung des Leidens gibt es 3 Operationsmethoden: 1. Medianschnitt durch die Haut, Freilegung der inneren Rectusränder und Incision der Muskelscheiden. Einfaltung der Linea alba ohne Eröffnung des Peritoneums. Naht der Recti und ihrer vorderen Scheiden (Webster). 2. Exstirpation der Linea alba, Eröffnung der Rectusscheiden, Dreietagennaht der hinteren Scheiden, der Muskeln selbst und der vorderen Scheiden (Jonesco u. a.). 3. Die von englischen und amerikanischen Chirurgen meist geübte Verdoppelung der Bauchdecken (double breasted coat operation). Diese Methode hat Verf. in 2 Fällen angewandt.

Im ersten Falle, der durch eine Nabelhernie kompliziert war, wurde bei einer 51 jährigen Frau, 13 para, ein Medianschnitt von der Symphyse bis zur Mitte zwischen Proc. xiphoid. und Nabel angelegt und Haut und Unterhautfettgewebe beiderseits bis zur Linea semilunaris zurückpräpariert, so daß die Aponeurose in einem großen, ovalen Bezirk freilag. Dann mediane Eröffnung des Peritoneums und Versorgung der Hernie. Excision des Nabels und der Appen-

dix. Weitere Eröffnung der Bauchhöhle entsprechend dem Hautschnitt. Darauf Verdoppelung der beiderseitigen Aponeurosenblätter durch Matratzennähte mit Chromcatgut, die zunächst am freien Ende des einen Lappens angelegt und dann von der Innenseite des gegenüberliegenden Aponeurosenlappens nach außen geführt werden, worauf noch der freie Rand des letzteren Lappens auf der äußeren Aponeurose festgeheftet wird. Sicherung der Nähte durch einen durch beide Lappen geführten Bronze-Aluminiumdraht. Vor dem Knoten der Fäden 4 Zoll langer Querschnitt durch die Bauchdecken, der gleichfalls nach der Überklappmethode versorgt wird. Excision der überflüssigen Haut und des Fettgewebes. Gummidrains in jeden Wundwinkel. — In einem zweiten Falle mit 70 Zoll breiter Rectusdiastase wurde in der Höhe der Douglasfalte ein 19 Zoll langer Querschnitt angelegt und die Aponeurose von oberhalb des Nabels bis zur Symphyse und seitlich bis zu den Lineae semilunares freigelegt. Quere Eröffnung des Peritoneums zwischen den Innenrändern der Recti, Verdoppelung der Aponeurosen usw. wie im vorigen Falle. *Kempf* (Braunschweig).CH

Palmer, P. C., Hernia, its treatment, needle and surgical. (Hernie und ihre chirurgische Behandlung.) Therap. rec. Bd. 8, Nr. 87, S. 65—66. 1913.

Mantelli, Candido, Dell'ernia pettinea. (Die Hernia pectinea.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg. dimostr., univ., Torino.*) Policlinico Jg. 20, Nr. 5, S. 203 bis 211. 1913.

Verf. weist auf die spärliche Literatur über die Hernia pectinea hin (bisher nur 17 veröffentlichte Fälle) und beschreibt dann kurz einen eigenen Fall: Einklemmung bei einem 61 jähr. Manne, bei dem die Hernie erst nach der Laparotomie festgestellt werden konnte. Es muß die innerhalb des Muskels und die unter der Fascie gelegene Abart unterschieden werden. Beide Formen sind als Abarten der Hernia cruralis anzusprechen und durch anatomische Variationen der betroffenen Gegend bedingt, wie Leichenuntersuchungen ergaben. Für die Diagnose kommt lediglich der Druckschmerz an der Innenfläche des Muskels in Betracht. *Strauß* (Nürnberg).CH

Wistinghausen, v., Über retrograde Darmeinklemmung bei Brüchen. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 122, H. 3/4, S. 212—227. 1913.

Maydl hat im Jahre 1895 erklärt, eine retrograde Incarceration sei nur möglich bei frei endigenden Organen, z. B. dem Wurmfortsatz; die Möglichkeit der Schlingenrückwärtsverlagerung mit Ernährungsstörung ist beim Darm nicht gegeben, da die Gefäße des Mesenteriums senkrecht zur Längsachse des Darmes verlaufen und den Bruchsack gar nicht passieren. Das hat sich als irrig erwiesen. Bei der retrograden Incarceration befinden sich, wie bekannt, zu- und abführender Darmschenkel eingeklemmt im Bruchsack, während der beide Schlingen verbindende Darmteil, das sogenannte Mittelstück, frei in der Bauchhöhle liegt. Für ihre Entstehung gibt es 3 Möglichkeiten: Entweder die Rückwanderung — Retromigratio — des Mittelstückes, das Zurückdrängen derselben bei der Reposition und das Durchtreten zweier oder mehrerer Darmschlingen zu gleicher Zeit oder hintereinander in den Bruchsack, wobei das Mittelstück im Abdomen liegen bleibt. Dabei kommen Fälle vor, bei denen die im Bruchsack liegenden Schlingen gesund, ohne Schnürfurchen sind, das Mittelstück aber gangränös ist, dann leicht oder schwer geschädigte Bruchschlingen — mittelschwer bis schwer geschädigtes Mittelstück, Gangrän aller Schlingen oder wieder schwer alterierte Bruchschlingen, ganz leicht oder gar nicht geschädigtes Mittelstück. Dabei ist das Mesenterium des Mittelstückes einmal nicht incarceriert, dieses aber vollkommen gangränös, oder das Mesenterium zeigt deutliche Veränderungen, obwohl es ruhig in der Bauchhöhle liegt. Leichenversuche haben ergeben, daß bei solchen Einklemmungen das Mittelstück, wenn dasselbe mit Gas aufgebläht wird, scharf abgeknickt wird, wobei eine Furche im Mesenterium entsteht (Zugarkade), in der die Gefäße in spitzem Winkel geknickt und dadurch Ernährungsstörungen im Darm hervorgerufen werden. Verf. konnte sich aber davon nicht überzeugen, wie auch Versuche am Hundedarm zeigten, wo Gangrän nur dann eintritt, wenn das Mesenterium der Mittelschlinge mit in die Bruchpforte hineingenommen wurde. Trotz aller Einwände — es sei z. B. nicht anzunehmen, daß in der Bruchpforte so viel Raum sei, daß sich neben einer incarcerierten Schlinge der Darm in die Bauchhöhle schieben könne u. dgl. — glaubt Verf. doch als Entstehungsmodus ansehen zu müssen, daß sich eine wenn auch noch so kleine Darmkuppe zwischen den Schlingen durch die Bruchpforte schiebe und die freie Bauchhöhle erreiche, bedingt durch Peristaltik; durch dann einsetzende Blähung entstehe eine Zugwirkung, die immer neuen Darm in die Bauchhöhle ziehe, wobei das Mesenterium zunächst noch im Bruchsack bleibe, und nur die dem Darm nahe anliegenden Teile desselben träten mit diesem in die Bauchhöhle. Unter Umständen kann dann durch hochgradige Blähung das ganze Mesenterium aus der Bruchpforte herausgezogen werden. Den Vorfall zweier Darmschlingen, wobei die Verbindungsschlinge nicht wesentlich geschädigt wird, hält Verf. nicht für eine retrograde Incarceration. Bei Verdacht auf retrograde Incarceration bzw. Hernia duplex warnt er vor Repositionsmanövern. *Rupp.*CH

Plicque, A.-F., Les nouvelles méthodes de traitement dans la péritonite aiguë. (Die neuen Behandlungsmethoden bei akuter Peritonitis.) Bull. méd. Jg. 27, Nr. 45, S. 533—534. 1913.

Der Artikel ist selbst ein Referat über die Publikation eines Stabsarztes Gary, erschienen in „Archives de médecine et de pharmacie militaires" Februar 1913. Gary berichtet daselbst über 7 durchwegs mit Erfolg operierte Fälle akuter Peritonitis. Bezüglich der Diagnose hebt er besonders die zwei Symptome der reflektorischen Bauchmuskelspannung und der Fixation des Zwerchfelles hervor. Haupterfordernis guter Heilungschance ist möglichst baldiges und möglichst rasches Operieren mit Entfernung des Ausgangsherdes. In der Nachbehandlung empfiehlt Gary nachdrücklichst stark erhöhte Rückenlage und tropfenweise rectale Applikation annähernd körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung in großen Mengen: bis zu 8 und 12 Litern, ein Liter pro Stunde. Die mit Gefahr des Shocks verbundene Spülung der Peritonealhöhle ist nur für jene Fälle zu reservieren, wo große Mengen infektiöser Materie das Peritoneum überschwemmt haben (Darmruptur usw.). Die Waschung soll dann ohne Evisceration mit 41grädiger Kochsalzlösung oder Wasserstoffsuperoxydlösung vorgenommen werden. Infolge der erhöhten Rückenlage genügt als Drainage ein einziges starkes Drainrohr, das vom Boden des Douglas durch den untersten Wundwinkel knapp über der Symphyse nach außen geleitet wird. Intraperitoneale Eingießung von Campheröl verlangsamt die Bildung von Adhäsionen und die Absorption der im peritonealen Exsudate enthaltenen Toxine. Gegen Nausea und Erbrechen empfiehlt Gary Magenausheberung, die nach Bedarf wiederholt werden kann, gegen Darmparalyse sofort nach der Operation zu verabfolgende Abführmittel und Physostigmininjektionen à 0,001—0,0015, ev. längere Applikation eines Darmrohres; gegen Herzkollaps subcutane Injektion von Campheröl, Coffein, Äther, Strychnin, und als ultimum refugium die intravenöse Infusion von 800—900 ccm warmer Kochsalzlösung mit einem Zusatz von 6—8 Tropfen einer 1 pro m. Adrenalinlösung. *Freund* (Wien).

Varisco, Azzo, Contributo clinico alla conoscenza dei tumori flogistici dell'omento. (Klinischer Beitrag zur Kenntnis der entzündlichen Netztumoren.) (*Clin. med., univ., Pavia.*) Gaz. med. ital. Jg. 64, Nr. 21, S. 201 bis 203. 1913.

Ausführliche Beschreibung eines entzündlichen Netztumors, der sich bei einer 48jährigen Frau, die an Enteroptose und Verstopfung litt, 5 Jahre nach einer Operation wegen eingeklemmten Schenkelbruches entwickelt hatte. Heilung durch Bettruhe und feuchte Umschläge. *Strauß* (Nürnberg).CH

Schmieden, V., Über circumscripte entzündliche Tumorbildung in der Bauchhöhle, ausgehend vom Netz. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 20, S. 908—909. 1913.

Schmieden reiht den kürzlich von Küttner (Berl. klin. Wochenschr. 1913, Nr. 1) (vgl. dieses Zentralblatt Bd. 1, S. 47) beschriebenen Fällen von idiopathischer, tumorbildender Fettgewebsnekrose des Netzes einen Fall an, bei dem sich die Tumorentwicklung bis zu fast Mannskopfgröße in schubweisem Verlaufe über viele Monate erstreckte und auch durch Freilegen und Einschneiden des nicht exstirpierbaren Tumors nicht beeinflußt wurde. Es kam vielmehr schließlich zu hochgradigen Störungen der Darmpassage, so daß ausgiebige Eingriffe nötig wurden (Ausschaltung des vom Tumor umwachsenen Coecum und Colon ascendens und laterale Anastomose der tiefsten, in den Tumor eintretenden resezierten Dünndarmschlingen mit dem Colon transversum). Erst nachdem der offenbar von der Kotpassage ausgehende Reiz endgültig ausgeschaltet war, erfolgte Rückbildung der Geschwulst, von der bei der letzten Untersuchung (8 Monate nach der Operation) nichts mehr zu tasten ist.

Die Ursachen der Entstehung dieses Krankheitsbildes vermag S. aus seinem Falle auch nicht aufzuklären. Seiner Meinung nach ist an thrombotische Vorgänge mit Ernährungsstörungen im Netzfettgewebe oder an Embolien oder an Blutungen oder von kleinen Netztorsionen mit unvollständiger Abschnürung ausgehende Zirkulationsstörungen zu denken. Auffallend ist die Bevorzugung Fettleibiger. Bei der Differentialdiagnose kommen außer echten Geschwülsten auch Aktinomykose und Lues in Betracht. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).CH

Cartolari, Enrico, Sulle cisti ematiche mesenteriche e retroperitoneali. (Über mesenteriale und retroperitoneale Blutcysten.) (*Osped. magg., Verona.*) Clinica chirurg. Jg. **21**, Nr. 4, S. 725—778. 1913.

Eigene Beobachtung: 65jähriger Bauer mit medianem kopfgroßem retroperitonealem Tumor, an dessen Basis die Ureteren breit adhärent sind, so daß nur eine teilweise Isolierung möglich ist. Incision entleert reichlich blutige Flüssigkeit und Blutkoagula. Die Wandung wird teilweise excidiert, vernäht und versenkt. Abdomen geschlossen; später bildet sich eine Fistel durch die mediane Bauchnarbe. Patient ging langsam zugrunde. Nach dem histologischen Befunde handelte es sich um eine alte Lymphcyste mit chronisch entzündlichen Veränderungen. Aus reichlichen neugebildeten Capillaren traten sekundäre Blutungen hinzu.

Das Krankheitsbild dieser Cysten wird ausführlich bearbeitet an Hand von 35 zusammengestellten Fällen, welche der Operation unterworfen wurden. 11 mal ging ein Trauma voraus. Für die Entstehung dieser Blutcysten kommt in Betracht entweder eine traumatische Schädigung einer vorher latenten Lymphcyste, oder ein Trauma führt zu einem Hämatom zwischen die Mesenterialblätter oder in den retroperitonealen Raum; schließlich können auch anfänglich freie Ergüsse zwischen Verklebungen eingeschlossen werden. Als Traumen sind auch heftige Hustenstöße und Brechbewegungen anzusprechen, welche die Capillaren zum Bersten bringen. Der histologische Aufbau läßt meistens die Art der Entstehung erkennen. Lymphcysten und ihre hämorrhagischen Abarten zeigen eine dreischichtige Wandung. 1. Peritoneum mit fibröser Unterlage. 2. Im tieferen Bindegewebe ein Netz von Capillaren und Lymphgefäßen. 3. Die innerste Auskleidung besteht aus Endothel, welches oft schlecht erhalten ist. Eingekapselte Blutcysten haben anfänglich keine eigentliche Wandung; aus organisierten Thromben bilden sich später bindegewebige Schwarten. Zu hämorrhagischem Inhalt führt insbesondere eine chronische Entzündung der Wandung, welche Fibrinniederschläge bildet und in Granulationen reichliche Capillaren entwickelt. In diesem brüchigen Gewebe verlaufen spontane Hämorrhagien ähnlich dem Vorgang, welcher einfache Hydrocelen in Hämatocelen umwandelt (Pachyperitonitis haemorrhagica). Als Therapie verwirft Verf. die Punktion; er empfiehlt die Totalexstirpation, für welche sich eine Mortalität von 18% ergibt; wenn die Verwachsungen zu ausgedehnt sind, muß man sich mit Einnähen, Teilresektion und Drainage begnügen. Mortalität 5%. Die Indikation muß bei jedem Falle besonders gestellt werden. *Hotz* (Würzburg).[CH]

Outerbridge, Geo. W., Carcinoma of the papilla of Vater. (Carcinom der Vaterschen Papille.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 3, S. 402—426. 1913.

Ein durch Autopsie festgestellter Fall. Genaues Sektionsprotokoll mit Abbildung von 3 mikroskopischen Präparaten. Ausgangspunkt: Mucosa des Duodenums. Erwähnung der möglichen Ausgangspunkte epithelialer Tumoren an der Papille, nämlich von den Epithelzellen: 1. der Ampulle, falls solche vorhanden; 2. des untersten Endes des Ductus choledochus; 3. des untersten Endes des Ductus Wirsungianus; 4. der Duodenalschleimhaut über der Papille; 5. der Brunnerschen Drüsen; 6. versprengter Acini des Pankreas in der Wand des Choledochus. Histologisch charakteristische Unterscheidungsmerkmale gibt es nicht. Ätiologisch kommt der Abgang von Gallensteinen für eine Anzahl von Fällen (20%) in Betracht. Weitere Besprechung der Symptomatologie auf Grund 110 aus der Literatur gesammelter, im Anhange kurz wiedergegebener Fälle: Gelbsucht, meist progressiv, seltener intermittierend, Schmerzen, häufig kolikartig, in der Lebergegend, Epigastrium, im Abdomen, Erbrechen, Fieber, Blutungen, Ascites. Vom klinischen Standpunkte ist die kurze Dauer des Leidens wichtig, nach Verf. $7^1/_3$ Monat im Durchschnitt. Damit im Zusammenhang stehend das seltene Vorhandensein von Metastasen (22%). Die Diagnose ist meist schwierig, die Behandlung eine chirurgische. Literaturverzeichnis über 65 Arbeiten. *Jurasz.*[CH]

Goullioud, M., Résection simultanée de l'estomac et du côlon transverse (5 observations). (Gleichzeitige Resektion von Magen und Colon transversum [5 Fälle].) Lyon chirurg. Bd. **9**, Nr. 5, S. 473—489. 1913.

Verf. berichtet über 5 Fälle, bei denen eine gleichzeitige Resektion von Magen

und Colon transversum sich als notwendig erwies, und zwar waren es dreimal große Tumoren des Magens, die das Kolon in Mitleidenschaft gezogen hatten, und zweimal Koloncarcinome, die mit der großen Kurvatur des Magens in Zusammenhang standen. Im einzelnen handelt es sich um folgendes:

1. Ein großes Leiomyom bzw. Myosarkom des Magens von 10 kg 900 g Gewicht. Außer Resektion von Magen und Colon transversum war noch Abtragung der Milz notwendig, weil sie mit dem Tumor fest verbacken war. Exitus am 8. Tage unter Lungenerscheinungen. Ursprungsstelle war unzweifelhaft die glatte Muskulatur des Magens, weshalb diese Tumoren als Leiomyome, von anderen auch als Myosarkome bezeichnet werden. Sie sind von relativer Malignität und bleiben lange operabel. 2. Medullärcarcinom des Magens, übergreifend auf das Ligam. gastrocolicum. Guter operativer Erfolg für 10 Monate, danach Rezidiv und Exitus. 3. Großer entzündlicher Tumor mit Ausbreitung auf das Colon transversum um ein perforiertes Magenulcus herum. Glatte Heilung. 4. Drüsenrezidiv eines früher resezierten Koloncarcinoms mit Übergreifen auf den Pylorus. Es war keine Drüsenkette, sondern ein beweglicher isolierter Drüsentumor vorhanden, der der Exstirpation zugänglich war. 9 Monate nach dieser zweiten (3 Jahre nach der ersten) Operation rezidivfrei. 5. Koloncarcinom in Zusammenhang mit dem Magen. 6 Jahre 8 Monate rezidivfrei.

Die Operation ist also trotz der Größe des Eingriffes keine Brillantoperation mit zweifelhaftem Dauerresultat, sondern recht erfolgversprechend, wie ja auch von anderer Seite (Roux, Kocher) Fälle gleicher Art erwähnt sind, die lange Jahre rezidivfrei blieben. Die Notwendigkeit der gleichzeitigen Resektion von Magen und Colon transversum ist noch kein Beweis von besonders ausgedehntem Wachstum des Tumors, sondern beruht auf den nahen anatomischen Beziehungen der beiden Organe zueinander. Außer der Ausdehnung des Tumors ist auch die Gefahr der Gangrän, die bei Ablösen und Einschneiden des Mesokolons zu befürchten ist, eine Indikation zu der gleichzeitigen Resektion, denn es ist besser, ein Stück Kolon zu resezieren, als ein in seiner Ernährung bedrohtes in die Bauchhöhle zu versenken. Was die Technik des Verschlusses der eröffneten Magen- und Darmlumina anbelangt, so richtet sich das nach den jeweiligen Verhältnissen. Verf. bevorzugt beim Magen die Vereinigung von Duodenum und Magen nach der Kocherschen Methode (4 Fälle); das Kolon hat er 3 mal Seit zu Seit, 1 mal End zu Seit und 1 mal End zu End vereinigt. Störungen in der Darmfunktion traten nie auf. *Kohl* (Berlin).[CH]

Fraser, J. B., Appendicitis. (Appendicitis.) Canad. practitioner a. rev. Bd. **38**, Nr. 1, S. 21—23. 1913.

Die Behandlung der Appendicitis geht nur deshalb ins chirurgische Lager über, weil die inneren Ärzte sich nicht genug rühren. Wie sie das machen sollen, wird beschrieben. *zur Verth* (Kiel).

Opitz, Erich, Einiges über Beziehungen von Entzündungen des Dickdarms zu den weiblichen Geschlechtsteilen und zu funktionellen Neurosen. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 362—389. 1913.

Opitz beobachtete einen Fall echter akuter Typhlitis in der Schwangerschaft, die völlig die Symptome einer Appendicitis aufwies, und die als solche erst bei der Operation identifiziert wurde. Es bestand eine deutliche unmittelbare Beeinflussung der Wehentätigkeit, ohne daß eine ausgedehnte, etwa den Uterus selbst mit betreffende Peritonitis vorhanden war. O. empfiehlt für solche Fälle möglichst erst, und zwar operativ den Uterus zu entleeren und dann sogleich die Laparotomie zur Versorgung und Operation der Appendicitis aufzuschließen. O. meint, daß solche echte Blinddarmentzündungen wohl häufiger seien, als es mit Rücksicht auf die zurzeit soviel diagnostizierte Appendicitis scheine. Oft wird eine Differentialdiagnose gar nicht möglich sein. Wichtig ist, daß bei Typhlitis die Leukocytenzahl oft verhältnismäßig niedrig bleibe und keine so ausgiebige Verschiebung des Arnetteschen Blutbildes im Sinne eines starken Vorwiegens der Einkernigen statthat. Besser gekannt ist die chronische echte Blinddarmentzündung, die ja gerade so gerne junge weibliche Individuen befällt. Mehr weniger dauernder Schmerz im rechten Hypogastrium, Obstipation wechselnd mit Koliken und Diarrhöen; geringe Schmerzhaftigkeit des Mc Burneyschen Punktes sind die Hauptsymptome; ferner Gefühl des Gurrens und Quatschens bei Betastung des Blinddarms:

die Adnexe sind gewöhnlich frei; gewöhnlich findet man den Blinddarm in dichte Adhäsionen eingesponnen, schwere eitrige Entzündungen sind entschieden große Seltenheiten. Die Affektion ist häufig nur eine Teilerscheinung der Enteroptose und des Infantilismus, ferner kommen nervöse und muskuläre Reiz- und Erschlaffungszustände des Darmes ätiologisch in Betracht; bei der Behandlung ist im Gegensatz zu der der Appendicitis ein großer Wert auf Regelung der Darmentleerung, auf Abführen zu legen. Analoge Entzündungen wie im Blinddarm können sich in jedem Abschnitt des Dickdarmes entwickeln, namentlich im Colon ascendens, in den Flexuren, im S-Romanum. Gerade die Sigmoiditis spielt für den Gynaekologen eine große Rolle. Manche unklare Beschwerden im Unterleib gehen auf chronische Kolitis und nicht auf Perimetritis und Perisalpingoophoritis zurück. Ehe man an Hysterie oder Neurasthenie denkt, ist es zwingende Notwendigkeit, genauestens und eingehendst nach körperlichen Ursachen geklagter Beschwerden zu forschen. Vom Mastdarm aus ist eine Verbreitung von Entzündungen auf dem Bindegewebswege auf die inneren Genitalien häufiger als vielfach angenommen wird. Kolitis und Perikolitis können Tumoren vortäuschen und auch zu sonstigen Fehldiagnosen Veranlassung geben. Gelegentlich können Beckenbindegewebsentzündungen den Darm völlig unwegsam machen, wie die von Kuliga aus der Opitzschen Klinik veröffentlichten Fälle beweisen. *Hannes* (Breslau).

Durand, Charles F., The office treatment of diseases of the rectum. (Über Behandlung von Erkrankungen des Mastdarms in der Sprechstunde.) Canad. practitioner a. rev. Bd. **38**, Nr. 5, S. 288—290. 1913.

Für kleinere Eingriffe an Anus und Mastdarm wird örtliche Betäubung durch Einspritzen mit sterilem Wasser empfohlen. Zur Vermeidung von Schmerzen muß sehr langsam gespritzt werden. *zur Verth* (Kiel).

Ruge, Ernst, Zur Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen. Samml. zwanglos. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh. Bd. **4**, H. 8, 56 S. 1913.

Gedrängte Übersicht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse von der Pathologie und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen benigner (entzündlicher) und maligner Natur. Hinsichtlich der Ätiologie der benignen Strikturen glaubt Ruge, daß für katarrhalische, für Stercoral- oder Decubitalulcerationen, für Follikulargeschwüre, und, im Gegensatz zu anderen Autoren, auch für die Mastdarmgonorrhöe der kausale Zusammenhang mit der Strikturbildung nicht bewiesen ist. Weitaus die Mehrzahl der chronisch-entzündlichen Mastdarmstrikturen hält R. für luetisch, seltener sind tuberkulöse und dysenterische Strikturen. Vereinzelt kommt auch Aktinomykose als Ursache von Mastdarmstrikturen in Betracht. Schließlich können Fremdkörperverletzungen, Beckenperitonitiden und Narbenbildung nach gynaekologischen Operationen zu Mastdarmstrikturen führen. Bei der Schilderung der Symptomatik und Diagnose ist besonders auf den Wert der Probelaparotomie zur Feststellung der Ausdehnung der Dickdarmerkrankung nach oben aufmerksam gemacht. Therapeutisch ist bei leichteren Fällen mit Spülung, Bougierkur oder Rectotomie Besserung, selten Heilung zu erzielen. Begünstigt wird die Heilung durch Anlegung eines Anus praeternaturalis. Sichere Dauerheilung verspricht, abgesehen von leichten Fällen, nur die Exstirpation des Rectums. Doch ist die Radikaloperation aus Rücksicht auf den Allgemeinzustand oder infolge ausgedehnter periproctitischer Prozesse oft unmöglich. Das Kapitel über die malignen Mastdarmstrikturen gibt eine gedrängte Übersicht über die Geschwulstformen des Rectums, Symptomatik, Diagnose und Indikationsstellung der Rectumexstirpation bei malignen Neubildungen. *Heller.*[CH]

Burnett, John Albert, Piles or hemorrhoids. (Goldne Adern oder Hämorrhoiden.) Med. brief Bd. **41**, Nr. 6, S. 341—342. 1913.

Verf. empfiehlt die subcutane Injektion als Behandlungsmethode, die ihm bei dem meist geringen Erfolge interner oder lokaler medikamentöser Behandlung sowie der Scheu vieler Patienten vor der Radikaloperation nicht gebührend bekannt und ver-

breitet zu sein scheint. Für die ungefährliche, billige und die Patienten wenig beeinträchtigende Injektionsmethode erklärt er die Fälle von Hämorrhoiden mit Knollenbildung als geeignet. Die Heilung erfolgt je nach dem injizierten Medikament durch Resorption oder Nekrose. Bezüglich der Methoden verweist er auf die Artikel: Amer. Journal of Clinical Medicine 1913, p. 111, 284 und Albright's Office Practioner 1905, May and July. *Schmidt* (Greifswald).

Bogaert, van, Un cas curieux de kyste hydatique chez une femme. (Sonderbarer Fall von Hydatidencyste bei einer Frau.) Rev. de pathol. Jg. **13**, Nr. 93, S. 7—12. 1913.

40jährige Patientin. August 1912 Anfall von Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, Mastdarmblutungen, Schmerz rechts vom Proc. xiphoideus. Urin und Stuhl unverändert. Oktober 1912 erneuter Anfall. Temperatur 41°. Reaktion nach Arloing und Courmont sowie Wassermann negativ. Eosinophilie $^{12}/_{100}$. Reaktion nach Weinberg positiv. Diagnose: Echinokokkus. Operation zeigte am linken Leberlappen eine gelappte, mit der Leber verwachsene, aus Alveolen gebildete, von blutreichen, bindegewebigen Zügen durchfurchte Masse. Diagnose: Carcinom der Leber. Schluß der Bauchwand. Atoxylbehandlung. Am 8. Tage Entzündung im oberen Wundwinkel. Incision entleert 2 l stinkender gelber Flüssigkeit mit zahlreichen nadelkopf- bis taubeneigroßen Blasen, die 2 und 3 Tochter- und Enkelblasen sowie klare Flüssigkeit mit vielen Scoleces enthielten. Bald erschien in der Wundöffnung ein Teil der Cystenwand, die sich außen glänzend grau, alveolär ausgebuchtet, innen fettig, uneben präsentierte. Nach längerem Abgang von Schleim, Eiter und Blasen schloß sich die Wunde. Weinberg ist heute noch positiv. Ebenso ist die Eosinophilie erhöht. Die eigenartige Form der Cyste erklärt sich aus übertriebenem Gebrauch des Korsetts. Im Hause war vorher ein Hund wegen Echinokokkus getötet worden. *Mohr* (Berlin).

Harnorgane:

Geipel: Besprechung des anatomischen Bildes der Nierentuberkulose. (Ges. f. Natur- und Heilk., Dresden. Sitz. vom 12. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 26, S. 1458. 1913.

Unter 1603 Tuberkulosen fand Verf. 36 Nierentuberkulosen = 2,27%; doppelseitig war letztere in 40%, etwas häufiger beim Manne. In 16,6% war sie mit weiblicher Genitaltuberkulose kombiniert. Für die Fälle von sekundärer Erkrankung der anderen Niere kommt, abgesehen von dem hämatogenen Wege, mitunter die ascendierende Form der Tuberkulose in Frage, besonders bei bestehender Genitaltuberkulose. Betreffend den Nachweis der Tuberkelbacillen im Urin empfiehlt Verf. das Verfahren von Bunge und Trautenroth. In den Frühstadien ist der Nachweis oftmals unmöglich und nur durch den Tierversuch zu erreichen. *Runge* (Berlin).

Keydel: Über Nieren- und Blasentuberkulose einschließlich der Urogenitaltuberkulose. (Ges. f. Natur- u. Heilk., Dresden. Sitz. vom 12. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 16, S. 1458. 1913.

Rupprecht: Über Nieren- und Blasentuberkulose einschließlich der Urogenitaltuberkulose. (Ges. f. Natur- u. Heilk., Dresden. Sitz. vom 12. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 26, S. 1459. 1913.

Die Nierentuberkulose entsteht nicht von einer Genitaltuberkulose aus durch die Harnwege nach der Niere aufsteigend, sondern von irgendeinem extrarenalen tuberkulösen Herd auf dem Wege der arteriellen Blutbahn. Nur größere, mit Bacillen beladene Emboli führen zu Nierentuberkulose, während einzelne im Blut kreisende Tuberkelbacillen durch die Niere ausgeschieden werden. Gewöhnlich erkrankt zuerst nur eine Niere, später in der Hälfte der Fälle auch die andere, wahrscheinlich auf dem Wege der Blutbahn. Seltener verbreitet sich die Nierentuberkulose auf dem Wege der Lymphbahn nach dem Perinephrium oder den retroperitonealen Lymphdrüsen, häufig dagegen mit dem Harnstrom absteigend allmählich auf Ureter und Blase. Sie entwickelt sich langsam und unmerklich. Ihre Erscheinungen sind lange Zeit nicht Nieren-, sondern Blasensymptome. Zunächst Polyurie und Pollakiurie, später Tenesmus und Pyurie. In solchen Fällen soll man möglichst bald eine genaue bakteriologische und urologische Untersuchung vornehmen, und falls die andere Niere gesund gefunden wurde,

die kranke Niere exstirpieren. Sich selbst überlassen führt die Nierentuberkulose in ca. 5—10 Jahren zum Tode: durch sekundäre Blasentuberkulose, Erkrankung der anderen Niere usw. Scheinbare Spontanheilung kann in seltenen Fällen vorübergehend jahrelang eintreten durch Obliteration des kranken Ureters und langsame Verödung der „geschlossenen" tuberkulösen Niere. Meist sterben diese Kranken dennoch nachträglich an Blasentuberkulose, an Nephritis der anderen Niere usw. Einzelne der wegen Nierentuberkulose nephrektomierten Frauen haben später gesunde Kinder geboren. Ist die sekundäre Blasentuberkulose zur Zeit der Nephrektomie noch nicht zu weit vorgeschritten, so heilt sie nachträglich oft ganz von selbst aus, ebenso die Tuberkulose des zurückgelassenen Ureters. Tuberkulinkuren haben sich gegenüber der Nierentuberkulose nicht bewährt, wohl aber nach gemachter Nephrektomie gegenüber der restierenden Schleimhauttuberkulose in Ureter und Blase. Kranke mit Nierentuberkulose leiden an „offener" Tuberkulose. Sie scheiden mit ihrem Harn massenhafte Bacillen aus und gefährden ihre Umgebung. *Runge* (Berlin).

Joseph, Eugene, Acute septic infection of the kidney and its surgical treatment. (Die akute septische Infektion der Niere und ihre Behandlung.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17,** Nr. 4, S. 189—192. 1913.

Der genuine paranephritische Absceß nimmt seinen Ursprung, wie allgemein bekannt, im Nierenparenchym. Diagnostisch wichtig ist, daß zwar im Nierensekret nichts Pathologisches nachzuweisen ist, daß aber die Gegend der Niere außerordentlich druckempfindlich ist; andere Symptome einer Entzündung, wie Schwellung, Rötung usw. werden nicht immer oder nur selten beobachtet. Das wird dann an der Hand eines Falles illustriert. Der paranephritische Absceß kann mit einer schwereren Affektion der Niere vergesellschaftet sein, mit dem Nierenabsceß. Bricht dieser in das Innere der Niere durch, so kann man auch im Urin Eiter nachweisen. Diagnostisch schwieriger sind die Fälle von Pyelonephritis, d. h. einer diffusen Infektion des Nierenparenchyms. Da ist es wichtig, zu unterscheiden zwischen einer einfachen entzündlichen Infiltration des Parenchyms und zwischen Eiterbildung. Die Unterscheidung ist schwer zu machen, wie an der Hand von zwei Fällen gezeigt wird. Einfacher ist die Diagnose der Pyelitis. Hier finden wir relativ wenig Albumen, wenig Leukocyten und selten Cylinder. Bakteriurie ist vorhanden. Das rasche Zurückgehen der Symptome auf allgemeine Bettruhe und Trinken von Wassern ist ebenfalls charakteristisch; eventuell kann die Therapie unterstützt werden durch Auswaschung des Nierenbeckens. Es gibt aber noch eine andere Form der Bakteriurie, nämlich bei schwerer allgemeiner Sepsis. Diese unterscheidet sich von der gewöhnlichen Pyelitis durch den schweren septischen Allgemeinzustand und die Prostration. Die Prognose ist hierbei natürlich außerordentlich ungünstig. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Roth, Max: Über Funktionsprüfungen der Nieren und ihre Bedeutung für die Therapie. Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 26, S. 1033—1035. 1913.

Heinsius, Fritz, Über die cystoskopische Diagnose eines Uretersteins und seine Entfernung auf vaginalem Wege. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 441—451. 1913.

Bei einer 47jährigen Patientin, die unter rechtseitigen Koliken und Schüttelfrösten erkrankt war, wurde cystoskopisch ein im untersten Anteil des linken Ureters steckendes Konkrement festgestellt und auf vaginalem Wege durch Freilegung des linken Parametrium aus dem Ureter herausgeholt. Glatte Heilung. *Boxer* (Wien).

Cabot, Hugh, Operative treatment of stone in the ureter. (Operative Behandlung von Uretersteinen.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 4, S. 154 bis 156. 1913.

Verf. rät zur konservativen Behandlung, 1. wenn der Stein klein ist und röntgenologisch ein wesentliches Abwärtsrücken im Ureter festzustellen ist, 2. bei solchen Steinen, welche langsam, ohne stärkere Symptome abwärtswandern und zu keiner Zeit den Ureter völlig verlegt haben. Der Operationsplan richtet sich nach der Lage des Steines im Ureter. Verf. unterscheidet: 1. Steine oberhalb des Beckens, 2. Steine im Beckenabschnitt des Ureters und hier wieder: a) solche unterhalb der Iliacalgefäße, aber höher als die untersten 2 Zoll des Ureters und b) solche in dem tiefsten, 2 Zoll langen Abschnitt des Ureters einschließlich des intraparietalen Abschnittes. Verf. incidiert den Ureter nicht direkt auf dem Stein, sondern ca. 1 Zoll oberhalb,

um eine Verengerung zu vermeiden, außer in den Fällen, in denen der Ureter sich fest über dem Stein zusammengezogen hat. Der Ureter wird stets mit einer Bougie à boule auf Strikturen hin untersucht, eine ev. vorhandene Striktur längsgespalten und die Wunde quer vernäht. Die Steine im untersten 2 Zoll langen Ureterabschnitt greift er von der Blase aus an. Verf. vermied in einem solchen Falle die intravesicale Spaltung des Ureterorificiums und der Blasenwand in ihrer ganzen Dicke. Nach Sondierung des Steins von der Sectio alta aus eröffnete er den Ureter extraperitoneal 3 Zoll oberhalb der Blase und schob den Stein in die Blase hinein. *W. Israel.*CH

Legueu, De l'implantation des uretères dans le gros intestin. (Einpflanzung der Ureteren in den Dickdarm.) (*Hôp. Necker.*) Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 20, S. 308—311. 1913.

Bei einem inoperablen Uteruscarcinom mit Blasenscheidenfistel und Ureterkompression wurde der rechte Ureter in das Coecum, der linke in die Flexura sigmoidea implantiert. Die Vereinigung des rechten Ureters mit der Appendix ist nicht ausführbar. Nach Besprechung der verschiedenen Methoden der Ureterimplantation werden die unmittelbaren und Spätresultate erwogen. Die Uretereinpflanzung ist indiziert bei hohen Verletzungen des Ureters, nach totaler Exstirpation der Blase, bei inoperablen Blasenscheidenfisteln, bei einseitiger Nierentuberkulose und beim Uteruscarcinom, das zu Ureterkompression geführt hat. (Unter 100 Uteruscarcinomen wurde bei der Sektion 40mal doppelseitige, 40mal einseitige Ureterkompression gefunden.) Die Ureterenеinpflanzung ist bei diesem Leiden der Nephrostomie vorzuziehen, sie wird ausgeführt, bevor es zur vollkommenen Anurie gekommen ist. Die Gefahr der ascendierenden Infektion ist gering, wie Verf. eigene Erfahrungen gezeigt haben.

Frangenheim (Leipzig).CH

Kodama, H., und N. Krasnogorski, Bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege bei Kindern und Erwachsenen. (*Inst. f. Hyg. u. Bakteriol. u. Kinderklin., Univ. Straßburg i. E.*) Zentralbl. f. Bakteriol. Orig. Bd. 69, H. 1/2, S. 8—22. 1913.

Steril entnommener Blasenharn wurde bakteriologisch untersucht. Bei 12 Kindern (9 Mädchen und 3 Knaben) mit Cysto-Pyelitis fanden sich in 3 Fällen Staphylokokken, in 2 Fällen Bacterium coli commune (Escherich), 3mal „Parakolibakterien" und 4 mal alkalibildende kurze Stäbchen. Die infektiöse Ursache der Cysto-Pyelitiden sind häufig andere Bakterien als das Bacterium coli; dieses gilt besonders für das Kindesalter. *Oehlecker* (Hamburg).CH

Buerger, Leo, Intravesical diagnosis and treatment. With a description of new instruments. (Intravesicale Diagnose und Behandlung. Mit der Beschreibung eines neuen Instrumentes.) New York med. journal Bd. 97, Nr. 17, S. 857—862. 1913.

Verf. bespricht die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der intravesicalen Diagnose und beschreibt ein von ihm konstruiertes Operationscystoskop, bei welchem die verschiedenen Arbeitsansätze auf einem Draht montiert sind, der in einer Spirale läuft. Diese Ansätze werden in Abbildungen wiedergegeben, nämlich ein Lithotryptor, eine Elektrode für hochgespannten Strom, Dilatatoren, Messer, Zangen usw., wie sie auch an anderen Operationscystoskopen gebräuchlich sind. Die Dicke des Instruments entspricht Nr. 12 französischer Katheter.

Kotzenberg (Hamburg).CH

Feschin, W. J.: Ein Fall von Fremdkörper in der Harnblase, der per sectionem altern entfernt wurde. (*Lazarett, Kubais.*) Militär-mediz. Zeitschr. Jg. 91, H. 6, S. 208—211. 1913. (Russisch.)

Pat. führte sich selbst ein elastisches Bougie in die Harnröhre ein; hierbei brach dasselbe ab und ein Stück blieb zurück. Blutiger Urin, heftige Schmerzen. Die Cystoskopie ergab einen Fremdkörper 6 cm lang. Sectio alta. Genesung.

Es gibt 2 Methoden der Entfernung der Fremdkörper aus der Harnblase: per vias naturales und durch blutige Operation. Die Art des Eingriffes muß sich nach Größe und Beschaffenheit des Fremdkörpers richten. In diesem Falle wird die Sectio alta durch die leichte Zerbrechlichkeit des Bougies indiciert. *Ginsburg* (Breslau).

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Parsamoff, O. S.: Biologische Schwangerschaftsdiagnose. (*Gynaekol.-geburtshilfl. Klin., Prof. Schirschoff, St. Petersburg.*) Wratschebnaja Gazeta Jg. **20**, Nr. 20, S. 704—705 u. Nr. 21, S. 733—735. 1913.

Mit der Dialysiermethode von Abderhalden wurden 100 Fälle untersucht. Das Abbauvermögen des Serums war am Ende der Gravidität etwas schwächer als im Anfange, im Wochenbett wieder stärker. Bis zum 10. Wochenbettstag war die Reaktion immer positiv. In 7 Fällen von Extrauteringravidität war die Reaktion 6mal positiv (4 davon waren operiert, 3 konservativ behandelt und von diesen nichtoperierten gab 1 Fall eine negative Reaktion). Bei Eklampsie baute das Serum nicht die Eklampsieplacenta, sondern nur eine normale Placenta ab. Blut aus der Nabelschnur gab von 7 Fällen 3mal eine positive Reaktion. Im ganzen war die Reaktion von 46 Fällen mit Gravidität 44mal positiv. Von 54 Fällen ohne Gravidität war die Reaktion 34mal positiv. Mit verbesserter Technik waren untersucht 16 Fälle mit fast demselben Ergebnis wie vorher. Verf. mißt der Abderhaldenschen Reaktion für praktische Zwecke nur eine relative Bedeutung bei. *Braude* (Berlin).

Evler: Beiträge zu Abderhaldens Serodiagnostik. (*Kreiskrankenh., Berlin-Lichterfelde.*) Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 26, S. 1042—1044 u. Nr. 27, S. 1086—1088. 1913.

Übersichtsreferat.

Pari, G. A., Sulla sierodiagnosi della gravidanza secondo l'Abderhalden. (Über die Serumdiagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden.) (*Istit. di patol. spec. med. dimostr., univ. Padova*). Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 69, S. 727—729. 1913.

Da die Reaktion nach Abderhalden auch positiv ausfallen könnte, wenn das Blutserum einerseits und das Placentargewebe andrerseits die Spaltungsprodukte des Eiweißes in Mengen enthielten, die gerade noch unter der Schwelle der Ninhidrinreaktion liegen, in ihrer Summe aber schon ein positives Resultat ergäben, schlägt P. vor, den gebräuchlichen Kontrollverfahren ein neues beizufügen. Er gibt in eine 4. Tube eine Lösung von Pepton Witte, in eine 5. die gleiche Menge derselben Flüssigkeit und ein Placentastückchen. Wenn die Placenta dialysierbare Substanzen enthalte, die die Reaktion geben würden, falls sie in größerer Menge vorhanden wären, müßte die 5. Tube eine stärkere Reaktion aufweisen als die 4.

Bei einem 11 jährigen nicht graviden, an einer chronischen parenchymatösen Nephritis leidenden Kinde fiel die Reaktion während der urämischen Anfälle zweimal positiv aus; als die Anfälle längere Zeit aussetzten war sie negativ.

In einem Falle einer unterbrochenen Tubargravidität zeigte sich eine negative Reaktion. Die histologische Untersuchung der Tubenplacenta ergab Degenerationserscheinungen und ein völliges Fehlen syncitialer Elemente. Die Reaktion entsprach also der einer Wöchnerin, die schon vor einigen Tagen geboren hatte. *Stolz* (Graz).

Lurie, R. G.: Abderhaldensche Reaktion. (*Klin. gynaekolog.-geburtsh. Inst., Prof. Dr. Ott, St. Petersburg.*) Russkji Wratsch Bd. **12**, Nr. 19, S. 697—701. 1913.

Anwendung des Dialysierverfahrens genau nach der Vorschrift von Abderhalden in 82 Fällen. In sämtlichen Fällen bestehender Gravidität war die Reaktion positiv, wobei bei zu gleicher Zeit bestehender Tuberkulose die Reaktion besonders deutlich war, bei Gravidität mit Nephritis etwas schwächer, bei Eklampsie genau wie sonst. Aborte gaben positive Reaktion mit Ausnahme eines Falles, wo im Uterus sich nur sehr wenig Abortreste fanden (bei Fieber war die Reaktion besonders deutlich). Im Wochenbett waren von 6 Fällen 5 positiv, 1 Fall am 7. Tage negativ. Von 4 Extrauteringraviden waren 2 positiv, 2 negativ. Das Blutserum aus den Nabelgefäßen des Kindes gab in allen Fällen (18 Fälle) dieselbe Reaktion wie das mütterliche Blutserum. Von 17 Nichtgraviden waren 11 negativ, 6 positiv. Von den letzten waren 2 Männer, 1 Virgo, 2 gesunde Frauen, 3 Dammrisse, 1 schrumpfende Parametritis. *Braude.*

Heynemann, Th., Die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 1, S. 92—136. 1913.

In der Geburtshilfe kommt die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen besonders in Betracht für die Beckenlehre und den Nachweis des Kindes während der Schwangerschaft. Für die Messung der Conjugata vera ist das Röntgenverfahren wenig geeignet, dagegen kann es für die Messung solcher Beckendurchmesser, deren direkte Feststellung schwer möglich ist, gute Dienste leisten. Am wertvollsten sind Fernaufnahmen des Beckeneingangs (nur außerhalb der Schwangerschaft möglich). In zweiter Linie sind stereoskopische Röntgenbilder anzustreben. Der radiographische Nachweis des Kindes während der Schwangerschaft hat in der letzten Zeit überraschende Fortschritte ergeben. Vom 7. Schwangerschaftsmonat ab gelingt es fast regelmäßig, ein Bild des kindlichen Skelettes zu erhalten, in einer früheren Zeit dagegen gelingt der Nachweis des Kindes im Röntgenbilde nur unter besonders günstigen Umständen; das gleiche gilt für die Extrauteringravidität. Eine Schädigung der Schwangerschaft durch Röntgenaufnahmen tritt nicht ein, sofern sie auf das notwendige Maß beschränkt bleiben. Doch soll das diagnostische Röntgenverfahren die bisherigen Untersuchungsmethoden nicht verdrängen, sondern nur eine Unterstützung und Ergänzung sein. *Hirsch* (München).

Fuchs, Arnold, Erfahrungen mit Pituglandol in der geburtshilflichen Praxis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 517—527. 1913.

Verf. gebrauchte Pituglandol als Wehenmittel in 6 Fällen seiner geburtshilflichen Praxis, und zwar in je einem Falle von primärer Wehenschwäche bei Zwillingsschwangerschaft mit Hydramnios, bei sekundärer Wehenschwäche, bei einer alten I para mit Vorderhauptslage, bei Steißlage mit vorzeitigem Blasensprunge, bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt als Adjuvans nach Einlegen eines Bougies, bei einer Placenta praevia lateralis als Beschleunigungs- und Unterstützungsmittel für den Eihautriß und schließlich bei Abort von 10 Wochen, um das Ei zur Ausstoßung zu bringen.

Bei diesen verschiedenartigsten Indikationen, ausgenommen der letztgenannten, war die Injektion stets von einem offensichtlichen Erfolge begleitet, niemals von irgendeiner schädigenden Einwirkung für Mutter und Kind gefolgt. Verf. injizierte 1 ccm Pituglandol intramuskulär und warnt vor Überdosierung, der er die bisher beobachteten Fälle von krampfartiger Verengerung des Collum nach Hypophysenextraktgaben zur Last legt. Wegen der von einzelnen Autoren sicher beobachteten Herabsetzung der kindlichen Herztöne soll man die Hypophysenpräparate bei gefährdetem Kinde nur anwenden, wenn man mit der Zange jeden Moment das Kind extrahieren kann. In den bei Wehenlosigkeit öfter zu beobachtenden Fällen von Dauerkontraktion empfiehlt sich vor der Pituglandolinjektion die Verabreichung von Morphium oder Pantopon, um den Uterus zur völligen Ruhe und Entspannung zu bringen. Bei Anwendung des Hypophysenextraktes in der Nachgeburtsperiode hat jede unnötige Berührung der Gebärmutter zu unterbleiben, um unzeitige Kontraktionen des durch das Präparat in hohem Grade sensibilisierten Uterus zu vermeiden. *Sieber* (Danzig).

Snoo, K. de: Beidrage tot de anatomie en de aetiologie der blasmola. (Zur Anatomie und Ätiologie der Blasenmole.) Nederland. Tijdschr. v. verlosk. en gynaecol. Jg. **23**, S. 56—80. 1913. (Mit 2 Tafeln.)

An die ausführliche klinische und mikroskopisch-anatomische Beschreibung zweier Fälle von Blasenmole und eine kritisch-spekulative Literaturbetrachtung knüpft Verf. folgende Schlußfolgerungen. Die Mole ist eine Neubildung des Trophoblasts mit sekundären Veränderungen in den Flocken. Die gutartige Mola destruens übt auf die Muskulatur der Uterus gleichen Einfluß aus wie das Tubenei auf die Tubenwand: Bildung von Serotinazellen, besonders in den Arterienwänden, mit Nekrobiose und Bildung von Symplasma. Die Malignität der Mole hängt nicht ab vom Verhältnis zwischen Trophoblast und Flockenstroma. Multilokuläre Luteincysten entwickeln sich mit Vorliebe nach Ausstoßung der Mole und verschwinden spontan unter Bildung von Corpora

candicantia. Luteinzellen können aus den Stromazellen sowie aus den Thecazellen der Follikel entstehen. Die Ursache der Mole kann in der Keimzelle liegen oder auch später — durch Sprungvariation — in späteren Zellengenerationen entstehen. Entzündung oder Degeneration der Decidua hat für die Ätiologie der Mole höchstens sekundäre Bedeutung. *Stratz* (den Haag).

Funck-Brentano, Rétention prolongée dans l'utérus d'un crâne de foetus malgré deux curettages faits à un mois d'intervalle. (Verlängerte uterine Retention eines fötalen Schädels trotz zweier mit einem Monat Intervall ausgeführter Curettagen.) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 23, S. 181. **1913.**

29jähr. III para, deren erste Gravidität durch Abort im 4. Monat, deren 2. durch künstliche Frühgeburt im 7. Monat beendet wurde. Die dritte Schwangerschaft wurde im 6. Monat durch Morcellement des seit 14 Tagen bereits abgestorbenen Kindes beendet. Wegen Blutung und Fieber wurde 48 Stunden später eine Abrasio, gefolgt von mehreren uterinen Spülungen und wegen Blutungen 4 Wochen später eine Abrasio gemacht, die jedesmal kleine Knochenfragmente zutage förderte. Als auch jetzt zugleich mit reichlichem Fluor der Abgang kleiner Knochenstückchen anhielt bei gleichmäßig wiederkehrender Periode machte Verf. 8 Wochen später nach einem mißglückten Versuch der Dilatation und digitalen Austastung eine dritte Abrasio, wobei sich die Innenfläche der 15 cm langen Uterushöhle wie austapeziert mit fötalen Kopfknochen erwies, die sich nur sehr schwer und unter steter Gefahr einer Uterusperforation entfernen ließen. Wie Verf. annimmt, ist bei den beiden ersten Abrasionen die Innenfläche des fötalen Schädels, welcher sich der Innenwand dicht angelegt hatte, curettiert worden. *Vaßmer* (Hannover).

Ponfick, W., Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken mittleren Grades. (*Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entbindungsanst., Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 452—468. 1913.

Unter 2100 Geburten fanden sich 42 enge Becken (Conjugata diagonalis nicht unter 9 cm). Von diesen wurden 15 mittels künstlicher Frühgeburt entbunden. Ponfick wendet diese prinzipiell niemals bei dem ersten Kinde an, sondern läßt die erste Geburt am Ende der Schwangerschaft stets spontan verlaufen. Die letzten 6 Wochen wird Prochowniksche Diät eingehalten. Die Fruchtblase wird möglichst lange geschont, es werden keine innere Untersuchungen während der Geburt vorgenommen, wenn eine Exploration nötig ist, dann nur rectal. Mit dem Morphium wird nicht gespart, da P. davon stets guten Einfluß auf die Wehen sah. Dagegen wurde vom Pantopon und Scopolamin abgesehen, da beides die Geburt verzögert. Auch die sakrale Anästhesie wurde wieder aufgegeben, da sie in der Wirkung zu unsicher war. Der spontane Eintritt des Kopfs ins Becken wird durch Hängeläge, Gebärstuhl und Umhergehen unterstützt. Sobald der Kopf im Becken, wird er mit der Zange extrahiert. Zeigt sich mehrere Stunden nach Blasensprung kein Fortschritt, Sinken der Herztöne oder bietet das Befinden der Mutter eine Indikation, so wird in Narkose zunächst ein Impressionsversuch gemacht, im Anschluß daran Wendung mit ev. Scheidendammincission oder schonender Zangenversuch mit ev. folgender Perforation. Das Ergebnis von 14 derartigen „Probegeburten": 11 lebende Kinder, 5 Spontangeburten, 4 mit Forceps, 2 mit Wendung beendet. Die künstliche Frühgeburt wird mittels Metreurynter eingeleitet, in der 36.—39. Woche. Tritt nach Ausstoßung des Ballons der Kopf nicht ein, dann sofort Wendung und Extraktion in Narkose, ev. mit Impression und Hängelage. Auf diese Weise wurden 15 Frauen entbunden. Resultat: 11 lebende Kinder, von denen 9 lebend entlassen wurden. Von den 6 gestorbenen Kindern erstickten 3 bei der Extraktion infolge Striktur des Muttermunds. Von den Müttern fieberte nur eine und zeigte 4 mal Temperaturen bis 39,9, dann Heilung, von den 9 lebend entlassenen Kindern blieben 8 fernerhin am Leben. *Hüffell* (Darmstadt).

Marinelli, Filippo, Dell'aborto e della sua cura chirurgica. (Abort und seine chirurgische Behandlung.) (*Osp. civ. di Bertinoro* [*Forlì*].) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 76, S. 703—706. 1913.

Ist der Abort nicht mehr aufzuhalten, dann soll er möglichst schnell beendet werden. Verf. zieht deshalb die rasche Erweiterung den langsamen Methoden vor. Zur Entfernung größerer Teile verwendet er die Mc Klintocsche Zange, deren einzelne Branche

als stumpfe Curette für kleinere Stücke dient. Uterustamponade wird nicht empfohlen, dagegen am Schluß des Eingriffs eine Spülung. Auszugsweise werden 4 Fälle verschiedener Art mitgeteilt. *Berberich* (Karlsruhe).

Chaillet, L. H. F.: Het lot van de zwangere tuberkuleuze vrouw en van de zwangere hartpatiente. (Das Schicksal der tuberkulösen und herzleidenden Schwangeren.) Inauguraldissertation. Amsterdam. Treubsche Klinik. 166 Seiten. 1913.

Sehr ausführliche und objektiv gehaltene Literaturübersicht. In der Amsterdamer Frauenklinik waren von 8400 Frauen 44 (= 0,5%) tuberkulös; 4 davon wurden bereits wegen Abortus incompletus aufgenommen, 2 starben innerhalb 6 Wochen nach dem Partus, in keinem Falle wurde die Schwangerschaft wegen Tuberkulose unterbrochen. Von den 40 Schwangeren hatten 10 Hämoptoe. Von 21 leichteren Fällen (ausführliche Krankengeschichten) sind 6 gestorben, 1 nach einem Jahr, Todesursache unbekannt, 2 nach $1\frac{1}{2}$ und 6 Jahren an Myodegeneratio cordis, 2 nach 6 und 8 Monaten an Phthisis, 13 sind gleich geblieben oder gebessert. Von 15 schwereren Fällen sind nur 5 am Leben geblieben. 3 hatten während der Beobachtung Larynxtuberkulose (2 †), 6 Kavernen (5 †), mit großer Wahrscheinlichkeit ist bei vier andern die anfangs leichte Form in der Schwangerschaft schwerer geworden. 22 tuberkulöse Patienten, die länger in der Frauenklinik beobachtet werden konnten, hatten zusammen 107 Kinder. 22 davon sind gestorben; bei vielen der Überlebenden wird angegeben, daß sie schwach und kränklich sind. In einigen Fällen kann mit Sicherheit eine tuberkulöse Infektion der Kinder durch die Mutter angenommen werden. Ein Fall, in dem 5 Flaschenkinder gesund blieben, das sechste, mit Muttermilch genährte, starb, läßt keine Deutung zu, weil keine Sektion des Kindes vorgenommen werden konnte.

Chaillet kommt zu dem Schluß, daß die Gravidität in vielen Fällen einen ungünstigen Einfluß auf die Tuberkulose ausübt. Therapeutisch ist zunächst der Allgemeinzustand zu verbessern (Liegekur, Sanatorium), Abort kommt allein in Frage, wenn trotz der internen Therapie der Zustand schlechter wird. Aber auch dann ist es sehr fraglich, ob dadurch der Mutter ein großer Vorteil erwächst. Künstliche Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose ist an der Amsterdamer Klinik kein einziges Mal ausgeführt worden. Bei Komplikation von Schwangerschaft mit Herzfehlern dagegen hält Verf. den Abortus artificialis weit eher für berechtigt, jedoch mit strenger Auswahl des individuellen Falles.

Unter 8400 Schwangeren ließ sich in 57 Fällen ein Herzleiden nachweisen, darunter 41 mit schweren Störungen oder Inkompensation; 9 davon starben, wobei 1 Chloroformtod und 1 subakute Nephritis mitgerechnet sind. 3 mal wurde Partus art. praematurus, 5 mal Abortus provocatus vorgenommen. 2 von diesen 8 Patientinnen starben einige Monate später, die anderen erholten sich vollständig.

Obgleich auch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herzkranken bedenklich ist, erscheint sie in vielen Fällen mit Rücksicht auf den schweren Allgemeinzustand und den Ernst des Grundleidens dringend angewiesen. *Stratz* (den Haag).

Geburt:

Scherbak, Ad. Leop., Leichtes Erkennen kleinster Placentardefekte. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 24, S. 1327. 1913.

Um kleine Placentardefekte zu erkennen, übergieße man die Nachgeburt mit möglichst heißem (siedendem) Wasser. Dadurch findet eine Farbendifferenzierung der einzelnen Bestandteile derselben statt. Das anhaftende Blut wird dunkler, das Placentargewebe graurötlich bis rosa, die Decidua grau, gelblich, manchmal bläulich oder grünlich. Defekte an derselben sind dann leichter zu erkennen. Durch die Hitze wird außerdem die Placenta zur Schrumpfung und zu ähnlicher Wölbung gebracht, wie sie sie im Uterus besessen hatte. *Hirsch* (Charlottenburg.)

Champneys, Sir Francis, Case of obstructed labour due to hydrocephalus. (Fall von Geburtshindernis infolge Hydrocephalus.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23**, Nr. 5, S. 308—309. 1913.

40jährige I. para. Letzte Regel 14. Febr. 1912. Seit 9. Jan. 1913 Schmerzen. Außendiagnose: Anteflexion des Uterus, übertragenes Kind. 14. Jan. 1913: Konischer Tumor des Unterleibs, nach links verlagert. Durch den geöffneten Muttermund Knochen und elastischer runder Körper zu fühlen. Aus letzterem wird mit Troikart 1050 ccm gelbliche Flüssigkeit entleert. 16. Jan. 1913: Spontangeburt eines macerierten Hydrocephalus normaler Körpergröße.

Entweder ist die Konzeption nach Eintritt der Amenorrhöe erfolgt oder hat sich Patientin betreffs Empfindung kindlicher Bewegungen am 9. I. Januar 1913 getäuscht. —

Erfolgt in solchem Falle kein Eingriff, so pflegt allmähliche Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes bis zur Ruptur einzutreten. *Mohr* (Berlin).

Mayer, August, Über Gefahren des Momburgschen Schlauches. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 11, S. 391—396. 1913.

Die Anlegung des Momburgschen Schlauches kann Schädigungen hervorrufen: 1. kann die dünnwandige Vena cava früher und vollständiger zugeschnürt werden als die starre Aorta, besonders bei Sklerose. Folge davon ist eine Art Verblutung in die Venen der unteren Körperhälfte. Beweis Sektionsbefund. 2. ist es schwer, die dünnen Spermaticae anzugreifen und ebenfalls auszuschalten. Man müßte dazu die Aorta oberhalb des Abgangs der Spermatica aus der Renalis treffen, dadurch können aber die Nierengefäße abgeschnürt werden, wodurch 3. die Nieren geschädigt werden, besonders bei der häufigen Nephroptose. Versuche an Kaninchen ergaben, daß Ausschaltung der Nieren aus dem Stromkreis anatomische Nierenveränderungen, bestehend in Zirkulationsstörungen und degenerativen Prozessen hervorrief. Die Sektion einer nach Placenta praevia Verstorbenen zeigte ein deutliches Hämatom der Niere. Also muß mindestens eine tiefstehende Niere vor Anlegung des Schlauches reponiert werden. Auch Ureterzuschnürung schädigt die Nierenfunktion, es kann völlige Anurie eintreten. Gesunde Nieren können sich ja nach zeitweiser Abschnürung des Ureters wieder erholen, aber kranke werden noch mehr geschädigt. 4. kann eine Herzschädigung eintreten durch den gewaltigen Eingriff in die Zirkulation durch plötzliche Ausschaltung des Blutes der unteren Körperhälfte. Dies wurde bei Kaninchenversuchen und am Menschen beobachtet. 5. kann der Darm geschädigt werden. In einem Falle trat ein enormer Meteorismus auf. Folglich muß man es mit den Indikationen bei Anlegung des Schlauches sehr streng nehmen. *Herzog.*

Schmidt, O., Beitrag zur Eklampsiefrage auf Grund von 98 Fällen. (*Frauenklin., Krankenanst., Bremen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 414 bis 428. 1913.

An der Frauenklinik der Krankenanstalten in Bremen wurde von 1907 bis Sept. 1910 bei Eklampsie das Prinzip der sofortigen Entbindung durchgeführt, wodurch es Verf. gelang, das frühere Mortalitätsprozent bei exspektativer Behandlung von 38,33 auf 23,53% herabzumindern.

Seit September 1910 wurden 38 Fälle genau nach der Methode von Stroganoff behandelt. Davon starben 10 = 26,31%, und zwar von 23 spontan entbundenen 3 = 13,04%, von 15 operativ entbundenen 7 = 46,66%. Von letzteren betraf ein Fall eine wegen schwerster Eklampsie durch Kaiserschnitt entbundene Kranke. Schmidt hatte unter seinen Patientinnen zumeist solche, welche schon außerhalb der Anstalt mehrere Anfälle gehabt hatten, und auch eine, die schon eine ganze Nacht bewußtlos zu Hause lag und in der Klinik trotz Stroganoff-Behandlung und schleuniger Entbindung der Krankheit erlag. Unter den Genesenen waren andererseits mehrere, die, durch Stroganoff-Behandlung von den Anfällen geheilt, 3—17 Tage später entbanden, ohne daß die Krämpfe wieder einsetzten. Von den übrigen 8 Todesfällen wurde der unglückliche Ausgang 6 mal durch die Schwere der Erkrankung bzw. Intoxikation, 2 mal durch Pneumonie am 6. und 14. Tage post partum herbeigeführt.

Sch. ist der Ansicht, daß auch die Stroganoffsche Behandlungsmethode der Eklampsie stets in einer Krankenanstalt durchgeführt werden solle, weil nur hier alle Vorschriften genau eingehalten werden können, und verspricht sich von der Kombination dieser Methode mit der Aderlaßbehandlung von Zweifel noch eine Besserung der Resultate. Den Einfluß der Witterung auf die Entstehung der Eklampsie lehnt Verf. ab.

Unter den Gestorbenen waren 16 Erstgebärende. Die meisten Krankheitsfälle betrafen Arbeiter- und Handwerkerfrauen, sodann unverheiratete Arbeiterinnen und Dienstmädchen, nur sehr wenige die Frauen von Landleuten und wohlhabendere Kaufmannsfrauen. 71 mal trat die Eklampsie intra partum auf, davon 19 gestorben, 2 mal in der Gravidität, 15 post partum. 8 Fälle betrafen Zwillingsgeburten, 1 eine Drillingsschwangerschaft. 63 Kinder wurden lebend geboren. Von den Erstgebärenden waren 7 über 30 Jahre, 18 weniger als 20 Jahre alt. 8 mal wurden Sehstörungen, davon 5 Amaurosen beobachtet, 5 mal Psychosen post partum. Bei den Autopsien fanden sich in der größten Mehrzahl Degenerationsprozesse an Leber und Nieren, dagegen nie Thromben, 3 mal Blutungen im Gehirn resp. den Gehirnhäuten, 14 mal schwere Veränderungen an den Lungen resp. der Pleura. *Nebesky* (Innsbruck).

Nagel, W., Über Eklampsie. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 24, S. 1107 bis 1109. 1913.

Nagel empfiehlt prophylaktisch in der Schwangerschaft bei Nierenerkrankung Milchdiät und Anregung der Diurese, nach Ausbruch der Eklampsie die Behandlung nach Stroganoff, die er in allen Einzelheiten genau schildert. Bei 650 nach dieser Methode behandelten Fällen hatte er 8% mütterliche und 21% kindliche Mortalität.

K. Hoffmann (Dresden).

Saenger, Hans, Über plötzliche, klinisch rätselhafte Todesursachen während oder kurz nach der Geburt, unter Zugrundelegung eines Falles von akuter Pankreasnekrose. (*Univ.-Frauenklin. u. pathol. Inst., Univ. München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 24, S. 1321—1324. 1913.

Verf. berichtet über einige plötzliche Todesfälle während und nach der Geburt, bei denen erst durch eine genaue Sektion die Todesursache festgestellt werden konnte. Besonders eingehend wird ein bisher noch nicht beobachteter Fall von akuter Pankreasnekrose nach der Geburt beschrieben.

Es handelte sich um eine anscheinend völlig gesunde 26jährige Viertgebärende (Kellnerin), die 15 Minuten nach der ganz normalen, spontanen Geburt, plötzlich heftig erbrach, ohnmächtig wurde und bald darauf starb. Die klinische Diagnose wurde zunächst auf eine Embolie oder auf eine Eklampsie ohne Krämpfe gestellt. Die Sektion ergab folgenden Befund. Pankreas groß, zweiter Teil besonders am Schwanz stark durchblutet, keine Erweichung des Pankreasgewebes. Duktus pancreaticus ohne sichtbare Veränderungen. Das Fettgewebe in der Umgebung scharf abgegrenzt. Die mikroskopische Untersuchung des Mittelstücks und Schwanzteils ergab relativ scharf konturierte, runde und keilförmige, nekrotische Herde. In den geschädigten Partien fanden sich intraacinöse Fettzellen. Bemerkenswert war der mikroskopische Leberbefund. Es fanden sich außer zahlreichen frisch nekrotischen Stellen ausgedehnte Verfettungen der Kupferschen Sternzellen.

Ätiologisch wird neben der erhöhten Disposition, Adipositis und Alkoholismus, in erster Linie das Geburtstrauma in Betracht gezogen. Der rasche Verlauf der Geburt ($2^1/_2$ Stunden nach dem Wehenbeginn), die konsekutive Druckschwankung im Leibe hat die Pankreasgefäße zum Bersten gebracht. Die Veränderungen der Leber werden als Folgewirkung des giftigen Pankreassekretes im Blute angesehen. *Benthin.*

Wochenbett:

Boije, O. A.: Barnsängfeberns profylax. (Die Prophylaxe des Wochenbettfiebers.) Finska Läkare. Handl. Bd. **55**, H. 5, S. 547—557. 1913.

Grünbaum hat in einem Aufsatz im Zentralblatt für Gynaekologie (1912, Nr. 35) die Ansicht ausgesprochen, daß die puerperale Morbidität durch Einschränkung der inneren Untersuchung im Verein mit einer möglichst weitgehenden Aseptik in wesentlichem Maße reduziert werden könne, wobei in letzterer Hinsicht auf die Anwendung von Handschuhen ein ganz besonderes Gewicht gelegt wird. — Boije, der in seiner eigenen Entbindungsanstalt die Geburten nach den gleichen Grundsätzen wie Grünbaum geleitet hat, ist, bei einer vergleichshalber gemachten Zusammenstellung seines eigenen Materiales, zu den gleichen Schlußfolgerungen gelangt, wie der genannte Autor. Die Resultate, mit Zahlen beleuchtet und mit der Zusammenstellung v. Herffs verglichen, ergeben sich aus den im Text enthaltenen Tabellen. B. verwahrt sich auf Grund der verhältnismäßig kleinen Zahlen gegen diese Schlußfolgerungen, findet aber, daß auch aus bakteriologischen Untersuchungen hervorgegangene Erfahrungen für die Richtigkeit der angeführten Auffassung sprechen. In bezug auf das „Frühaufstehen“ wiederholt B. seine früher ausgesprochene Ansicht, daß durch dasselbe weder die Anzahl der etwa auftretenden Thrombosen und Embolien, noch überhaupt die Morbidität reduziert worden sei. Der Kernpunkt der Prophylaxe liege, abgesehen von einer strengen Aseptik, in einer möglichst sorgfältigen Vermeidung jeden Eingriffes, selbst eines scheinbar so harmlosen wie des einfachen Touchierens. *Björkenheim* (Helsingfors).

Brix, Über einen durch Operation geheilten Fall von puerperaler Sepsis. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 24, S. 1325—1326. 1913.

Bei einer an Sepsis nach Abort erkrankten Frau sah sich Verf. zur Unterbindung der Ge-

fäße und Exstirpation des Uterus gezwungen. Er ging dabei so vor, daß er nach der üblichen Einleitung die Därme mit dem Netz bedeckte und dieses durch feuchtwarme Kompressen fixierte. Nach Unterbindung der beiderseitigen Gefäße, Hervorwälzen des Uterus, Umfassen des Scheidenschlauches dicht unterhalb des Uterus mit Wertheimscher Klemme, vernähte er rechts und links das Peritoneum fortlaufend bis zum Uterus, zog durch das restirende vordere und hintere Peritoneum je eine tabakbeutelähnliche Naht, ließ die Fäden lang und benutzte sie als Zügel. Nachdem durch Zug der Fäden während der Exstirpation des Uterus und Versorgung der Gefäße ein Hohlraum geschaffen war, leitete er später die Enden durch den Vaginalschlitz nach außen, zog an und bedeckte so die Beckenwundfläche und die Vaginalränder mit Peritoneum.

Verf. schiebt den günstigen Heilungsverlauf auf die Bedeckung des Darmes mit Netz, das Abschließen der Bauchhöhle durch die seitlichen Vernähungen bis dicht zum Uterus, wodurch er „sozusagen extraperitoneal" (nach Unterlegen einer Kompresse) den Scheidenschlauch eröffnete und auf die Bedeckung der gesamten Wundfläche mit Peritoneum. *Ehrenberg* (Berlin).

Fichera, Salvatore, Quattro casi di tetano guariti. Sopra un nuovo sintoma del tetano. (Vier Fälle von geheiltem Tetanus. Über ein neues Symptom des Tetanus.) (*Osped. degli incurabili.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. Nr. 17, S. 392—396. 1913.

Bei der Beurteilung einer neuen Methode der Tetanustherapie muß die verschiedenartige Entwicklung des Krankheitsprozesses berücksichtigt werden. Bei einer ersten Gruppe hat das Gift in akuter Wirkung bereits so hochgradige Schädigungen des nervösen Systems hervorgerufen, daß von vornherein jede Therapie unnütz ist, weil kein Heilmittel das Zerstörte wieder aufbauen kann. Bei milderer Infektion entwickelt sich die Intoxikation schrittweise und kann darum bekämpft werden. Diese Fälle sollen den Wert einer Behandlungsmethode illustrieren, nicht aber jene leichten Lokalerkrankungen, welche bei irgendwelcher antiseptischen Behandlung große Neigung zur Selbstheilung erkennen lassen. Die Therapie bestand in folgender Kombination: Antitoxin, subcutan alle 7—8 Tage zur Neutralisation des zirkulierenden Giftes; Karbolinjektion, subcutan täglich 3—15 ccm 2proz. Lösung. Die Karbolsäure hat einen depressiven Einfluß auf das Nervensystem, welcher die irritierende gleichzeitige oder später einsetzende Wirkung des Giftes herabstimmt. Chloralhydrat, 5 g täglich. Nierenstörungen wurden nicht beobachtet. Verf. bringt vier Krankengeschichten, welche die Heilung illustrieren. Einmal kam der Patient am 7. Tage nach Ausbruch der Krankheit in Behandlung; einmal 14 Tage nach der Verletzung, 4 Tage nach Beginn des Tetanus; im 3. Falle fehlen die Angaben; im 4. bei einer Orbitalphlegmone bestanden anfangs eher meningitische, erst in der 3. Woche tetanische Krämpfe. Verf. weist auf die von German und Auer hervorgehobenen profusen Schweiße und Schreikrämpfe hin. *Hotz.*CH

Foetus und Neugeborenes:

Heller, Fritz: Zur Physiologie des neugeborenen Kindes. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. Bd. 4, H. 8, S. 505—523. 1913.

Sammelreferat der Literatur von 1910—11.

Engel: Zur Technik der Ernährung und Ernährungstherapie im Säuglingsalter. (*Akad. Kinderklin., Düsseldorf.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 26, S. 1251—1252. 1913.

Forsyth, David, Breast feeding. (Brusternährung.) Lancet Bd. **184**, Nr. 24, S. 1656—1657. 1913.

Bisher haben nur Pritchard Carter und Pitt Statistiken über den normalen Verbrauch des Säuglings an Brustmilch veröffentlicht. Ihre Zahlen sind aus der ärmsten Bevölkerung gewonnen.

Autor hat ein Kind wohlhabender Familie vom 5. bis 49. Tage hinsichtlich seines Milchverbrauches beobachtet. 24 l wurden im ganzen gebraucht. Das Körpergewicht stieg von 3,685 auf 4,710 kg, nahm also um 1,025 kg zu. Bei 12,7% Trockensubstanz enthielten jene 24 l 3,048 kg feste Nahrungsstoffe. Der tägliche und wöchentliche Verbrauch stieg allmählich, zeigte aber die größten Schwankungen. Trotzdem stieg das Körpergewicht gleichmäßig weiter. Genaue Beobachtung des Verhaltens des Kindes zeigte auch, daß die Leistung der Brüste, obwohl abwechselnd benutzt, außerordentlich variierte. *Mohr* (Berlin).

Naish, Lucy, Breast feeding: its management and mismanagement. (Brusternährung.) Lancet Bd. **184**, Nr. 24, S. 1657—1659. 1913.

Autorin schreibt die Unfähigkeit vieler Mütter zum Stillen Fehlern in den ersten

Tagen des Wochenbettes zu. Haushaltsorgen lassen die erschöpfte Frau nicht Ruhe gewinnen. Das durchaus nicht auf Hunger beruhende Schreien des Säuglings in den ersten beiden Tagen ängstigt sie und schädigt so die Milchproduktion. Säuglinge verweigern oft auch gut gebaute Warzen zu fassen. Besonders eine Seite wird immer wieder verweigert. Der Säugling soll quer über die Mutter gelegt, sein Kopf durch ein Kissen in deren Arm gestützt werden. Parallele Lagerung neben der Mutter ermüdet diese. Der in den Mund des Säuglings gesteckte Finger rasch durch die Warze ersetzt, wirkt oft gut. Wunde Warzen lassen sich vermeiden durch Fernhalten der so oft gepriesenen Härtungsmittel, strenge Einhaltung der Mahlzeiten, Anwendung von Salben. Über die durch das Stillen ausgelösten Nachwehen muß die Mutter aufgeklärt werden mit dem Troste, daß dadurch die Organe ihre normale Größe wieder erreichen. Die normale Erhärtung der Brüste 60 Stunden nach Entbindung läßt oft bei schwachem Saugen des Kindes nach. Die Mutter muß wissen, daß hier nicht Nahrungsmangel, sondern nur mangelnder Anreiz für die Brustdrüse vorliegt. Periodisch sollen die Mahlzeiten sein. Ist doch auch das „Einschließen der Milch in die Brust" periodisch. Husten und Schreien des Kindes beim Anfang jedesmaligen Saugens beruht nur auf der zuerst sehr erhöhten Geschwindigkeit des Milchausflusses. Schreien beruht nicht immer auf ungenügender Nahrung. Wiegen vor und nach der Mahlzeit oder mit dem Saugen des Kindes rythmische Anwendung der Pumpe an der anderen Brust kann übrigens über den Nahrungszugang aufklären. Absaugen mit der Pumpe ohne gleichzeitiges Anlegen fördert oft viel geringere Milchmengen als möglich. Aufregungszustände und Kopfschmerzen der Mutter sollen mit Einrichtung regelmäßiger Ruhepausen, Coffein und Bromiden bekämpft werden. Früzeitiges Aufstehen beseitigt allerdings die schädliche horizontale Lagerung, setzt aber die Mutter zu frühe den Aufregungen des Haushaltes und der Geselligkeit aus. Auf Analfissuren ist besonders zu achten. Nachlassen der Milchsekretion scheint besonders am 9. Tage, in der 3. und 6. Woche, am Anfange des 3. und 4. Monates einzutreten. Dem ist besonders durch körperliche Bewegung, Schlaf, Aufenthalt im Freien entgegenzutreten. Besonders in den ärmeren Klassen gilt das Auftreten von Soor als Grund zur Entwöhnung. *Mohr.*

Cran, Disney H. D., Breast feeding: Dr. Variot's teaching. (Brusternährung. Die Lehre des Dr. Variot.) Lancet Bd. **184,** Nr. 24, S. 1659—1660. 1913.

Variot tritt der Lehre Budin und Maurels entgegen, die ungefähr 100 ccm Milch auf 1 kg Körpergewicht in 24 Stunden zur Norm erklärten. Ihre Anhänger benutzen dies Regime auch für die Brusternährung, obwohl die Muttermilch weniger Nährstoffe enthält als die Kuhmilch. Variot verlangt nicht $^1/_{10}$, sondern $^1/_6$ des Körpergewichts als Milchquantum! Brechen, Schreien, Unruhe, Anzeichen, welche jene Schule von Überernährung herleitet, führt Variot auf Unterernährung zurück, ebenso den Wechsel von Verstopfung und Durchfällen. Hauptursache ist der allgemeine Brauch, bei einer Mahlzeit nur eine Brust zu geben. Dies genügt nur in den ersten Tagen. — Unter den jährlich in Paris an Landammen gegebenen 2000 Findelkindern, die von den keineswegs „geschulten" Pflegemüttern jederzeit reichlich gestillt werden, sterben im ersten Jahre nur 3,14%. Die als zu schwach zurückbehaltenen werden im hospice des enfants assistés täglich 6 mal und nächtlich 2 mal von beiden Brüsten gestillt und gedeihen gut. — Regurgitieren zu reichlich genossener Milch ist noch kein Erbrechen. Ist Mutter und Kind gesund, so genügt wöchentlich 2 maliges Wiegen. Muttermilch ist ein Nahrungsmittel, keine Medizin! *Mohr* (Berlin).

Bosman, de Kat Angelino, Ida en A. J. Margot Sannes: Onderzoek naar het lot van 740 kindern, die geboren werden met een gewicht van minder dan 3000 gramm. (Schicksal von 740 Neugeborenen unter 3000 Gramm Geburtsgewicht.) (*Utrechtsche Klinik.*) Nederl. Tijdschrift voor verlosk. en gynaecologie Jg. **23,** S. 1 bis 55. 1913.

In den letzten zehn Jahren wurden 740 teils dort geborene, teils von außen eingebrachte Kinder unter 3000 g in der Utrechter Frauenklinik (Kouwer) verpflegt; wo möglich, wurden auch die Mütter aufgenommen. Den Vorzug vor der Säuglingsklinik erblickt Kouwer darin,

daß hier immer reichlich Frauenmilch zur Verfügung steht; abgesehen davon erhielten die Kinder die holländische „Karnemelk", welche der deutschen Buttermilch ähnlich ist, aber einen viel höheren Nährwert und vollen Milchgehalt hat. Die Couveusen stehen zwischen den andern Betten in den Wochenstuben. Die Kleidung besteht aus einer Wattelage mit Öffnungen für die Arme, darüber ein wollener Rock, der von hinten zugebunden werden kann. Das leichteste Kind, das leben blieb, wog 910 g und wurde mit 7790 g entlassen; trotzdem es nachträglich Angina, Pneumonie und verschiedene Darmkrankheiten durchgemacht hatte, erholte es sich und ist jetzt nach 4 Jahren gesund. Im ganzen wurden in der Couveuse verpflegt 175, davon 70 gesund entlassen, nachträglich gestorben 25, gesund geblieben 33, unbekannt 12; außer Couveuse verpflegt 565, davon 513 gesund entlassen, nachträglich gestorben 141, gesund geblieben 341, unbekannt 31. *Stratz* (den Haag).

Hoffa, Th.: Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 25, S. 1209—1210. 1913.

Bei der Behandlung von Intertrigo, wie bei sonstigen Ekzemen aller Stadien, bei nässenden, krustösen, schuppenden und trockenen Formen hat Verf. das Pellidol- und Diazetylderivat des Amidoazotoluols) und Azodolen (Gemisch aus gleichen Teilen Pellidol und Jodelen) mit vielem Erfolge verwandt. Das dankbarste Objekt für die Behandlung bildet der Intertrigo. In der Wundbehandlung leisten Pellidol wie Azodolen das gleiche wie Amidoazotoluol und Scharlachrot. Das Fehlen der Färbkraft und die gute Löslichkeit in den üblichen Salbengrundlagen, wodurch eine Wirksamkeit schon bei 2 proz. Konzentration (statt 8% bei älteren Mitteln) erreicht wird, sind als Vorteile zu erwähnen. Azodolen scheint vor dem einfachen Pellidol keine besonderen Vorzüge zu besitzen. *Benthin* (Königsberg).

Lövegren, E.: Erfarenheter och studies betreffende melaena neonatorum. (Erfahrungen und Studien über Melaenae neonatorum.) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55**, H. 5, S. 579—610. 1913.

Verf. beschreibt zuerst 3 Fälle von Melaenae neonatorum, bei denen er die anatomischen Veränderungen mikroskopisch untersucht hat. Die Blutungen spielen in diesem pathologisch-anatomischen Bilde unzweifelhaft die vorherrschende Rolle; sie kommen hauptsächlich im Digestionsapparat vor, sind aber auch in anderen Organen, in den Nebennieren, in den Lungen zu finden. — Dann legt Verf. die Resultate der klinischen Untersuchung von 7 Fällen vor, welche er in der Entbindungsanstalt von Boije und Parviainen beobachtet hat.

Die Häufigkeit des Auftretens von Melaena verhält sich zur Geburtenzahl wie 1: 486. — In sämtlichen Fällen verlief der Partus normal, auch konnte kein Fall von Asphyxie der Kinder beobachtet werden. Diese waren gut entwickelt, in 8 Fällen war das Gewicht normal, in 2 Fällen subnormal, d. i. 2600 g und 1775 g. In keinem Falle kam Hämophilie vor. Die ersten Symptome von Melaenae neonatorum zeigten sich in 4 Fällen in den ersten 24 Stunden, in 5 Fällen am zweiten Tage und in 1 Falle am Anfang des dritten Tages. In einem Falle von Zwillingsgeburt stellten sich beim schwächeren Kinde (Knabe) heftige Symptome ein, während das andere (Mädchen) gesund blieb. Da das Fruchtwasser in diesem Falle blutfarbig war, ist es denkbar, daß der Blutabgang intrauterin begonnen hatte. — Mit Ausnahme von zwei wurden alle Fälle mit Gelatine behandelt. In 3 Fällen wurde 3—5% Gelatinelösung per os und mittels Darminjektionen gegeben; von diesen starben zwei Kinder, ein Kind genas. In 5 Fällen wurde 10 proz. Gelatinelösung subcutan gegeben; die Kinder wurden still und warm gehalten und erhielten anfangs nur Wasserdiät oder außerdem noch Muttermilch in kleinen Quantitäten. Das Resultat war in allen 5 Fällen gut. Von den 2 Fällen, die nicht mit Gelatine behandelt wurden, starb das eine Kind, und das andere genas. Das letztere wurde ausschließlich mit Wasserdiät, Stille und Wärmezufuhr behandelt.

In Fällen, wo der Blutverlust nicht allzu groß ist, rät Verf., subcutane Injektionen von 10 proz. Gelatinelösung oder Serum zu geben. Ist der Blutverlust sehr groß, so gibt eine direkte Bluttransfusion, wenn eine solche möglich ist, das sicherste Resultat. *Björkenheim* (Helsingfors).

Nürnberger, Ludwig, Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. (*Univ.-Frauenklin., München.*) Samml. klin. Vortr. Nr. **679**, S. 639—667. 1913.

Nach einem kurzen historischen Überblick gibt Verf. eine Skizzierung des Krankheitsbildes, bespricht sehr ausführlich die bisher aufgestellten zahlreichen Theorien und Hypothesen und berichtet sodann über einen Fall von Volvulus als Ursache der Melaena neonatorum. Achsendrehung der Radix mesenterii um 360° mit hämorrhagischer Infarzierung des ganzen Dünndarms. Im Vergleich zur Invagination kommt der Volvulus relativ selten vor. Verf. konnte in der Literatur nur 2 Fälle auffinden.

Zur Sicherstellung der Diagnose der Krankheit, die zur Hämatemesis oder zur Hämorrhagie in den Darmkanal geführt hat — die Diagnose „Melaena" ist unrichtig — wird die Röntgenuntersuchung des Abdomens nach Wismutaufnahme empfohlen. Ausführliche Literaturangabe. *Harm* (Dortmund).

Pironneau, Sur les paralysies obstétricales radiculaires. (Über die radikulären Lähmungen geburtshilflichen Ursprungs.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 11, S. 321—332. 1913.

Verf. teilt 3 Fälle mit: Radikuläre Lähmung des Plexus brachialis des rechten Armes, oberer Typus von Duchenne-Erb mit Subluxation des Humerus bei einem Kinde von 7 Monaten; radikuläre Lähmung des Plexus brachialis der linken oberen Extremität, unterer Typus von Dejerine-Klumpke bei einem Kinde von 4 Monaten und eine gemischte Form bei einem Kinde von 4½ Jahren.

Bei allen Fällen findet sich der geburtshilfliche Ursprung wieder, Steißlage oder Zange. Die histologischen Untersuchungen scheinen die Erklärung durch Ausdehnung und Abreißung der Nervenwurzeln zu bestätigen. Der Typus Duchenne-Erb deutet die Zerstörung der 5. und 6. Nervi cervic. an, der Typhus Dejerine-Klumpke die Zerstörung der 7. und 8. Nervi cervic. und 1. dors. mit Beteiligung des Sympathicus. Je nach dem Grade der Nervenzerstörung sind die Reflexen schwach oder abwesend, auch die elektrische Reizbarkeit deutet auf teilweise oder gänzliche Zerstörung hin. Die Muskelatrophie ist im Anfang gering, tritt aber im Laufe der Entwicklung deutlicher hervor. Die Prognose hängt hauptsächlich von der Dauer und Schwere der geburtshilflichen Insulte ab.

Diskussion der Diagnose. Ein Fall von radikulärer Lähmung der untersten Extremitäten von Variot und Bonniot wird aus der Literatur mitgeteilt. Behandlung: hauptsächlich faradischer Strom, in den schweren Fällen galvanischer Strom. *Daels* (Gent).

Seiffert, G., Behrings neue Diphtherieschutzimpfung. Reichs-Med. Anz. Jg. **38**, Nr. 13, S. 386—389. 1913.

Besprechung der theoretischen Grundlagen der von Behring zur Schutzimpfung vorgeschlagenen Diphtherietoxin-Antitoxingemische und Referat über die bis jetzt vorliegenden klinischen Berichte von Schreiber, Zangemeister, Viereck und von Behring. Wieweit die Behringsche Impfmethode Einführung in die Praxis finden wird, läßt sich noch nicht sagen, vor allem bis es nicht entschieden ist, ob der der Einspritzung folgende Zustand höherer Empfindlichkeit, der 3 Wochen anhält, nicht eine Gefährdung für das Individuum darstellt. Ebenso muß unentschieden bleiben, ob es glückt, durch die Schutzimpfung Diphtheriebacillenträger ungefährlich zu machen. Der Vorschlag Behrings, das Serum hochimmunisierter Menschen zur passiven Immunisierung anderer zu benutzen, wird sich nur in beschränktem Maße verwirklichen lassen. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Henschen, K., Die diagnostische und therapeutische Fontanellaspiration des subduralen Geburtshämatoms der Neugeborenen. (*Chirurg. Klin. u. gynaekol. Klin., Zürich.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 25, S. 925—931. 1913.

Autor schlägt vor, zur Diagnostizierung von Gehirnhämatomen bei der Autopsie den Schädel gefrieren zu lassen, um Lageveränderung der Blutmassen zu vermeiden. — Nach Seitz unterscheidet Autor Konvexitäts- oder supratentorielle und Basis- oder infratentorielle Hämatome. Eingehende Bezeichnung der einzelnen Blutungsherde. Während bei der ersteren Klasse Unruhe, Pulslosigkeit, Spannung der großen Fontanelle, Pupillendifferenz (bei einseitigem Hämatom), Steigerung der Reflexe, Paresen, Krämpfe und schließlich Lähmungen den völligen Hirndruck durch die allmähliche Gerinnung des Hämatoms deutlich zeigen, bleiben die Erscheinungen bei der zweiten unbestimmt: weiche, pulsierende Fontanelle, Somnolenz, Cyanose, Nackensteifigkeit, Fehlen des Schreiens, unregelmäßige Atmung. Ist doch in diesen Gehirnpartien noch nicht wie bei den motorischen Rindenfeldern die völlige Myelinisierung eingetreten. Zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken empfiehlt Autor bei frontalen, parietalen und occipitalen Hämatomen der Konvexität die Punktion des kranialen Subduralraumes vom äußersten Seitenwinkel der großen Fontanelle aus, die lumbale oder im

Zweifelsfalle die cervicale (zwischen dem II. und III. V. cervicalis) Punktion bei Basisblutungen. Gewöhnlich werden beide kombiniert, um den durch das Extravasat vermehrten Liquor abzulassen. Ist das Hämatom bereits geronnen, so ist nach Cushing und Seitz die Schädeldecke zu eröffnen und nach Beseitigung der Kruormassen die Blutung zu stillen. (Ligatur oder, wo nicht möglich, Kocher- Foniosches Koagulin, auch Tamponieren mit kleinen Fett- oder Muskelstückchen.) Von 16 bis jetzt Operierten wurden 7 geheilt. Bericht einer solchen Operation durch Verfasser. Er schließt: 1. Subduralhämatome, die operativ entleert aber drainagelos verschlossen worden, sammeln sich aufs neue, wenn die „tamponierende Wirkung der Kruormassen fehlt". 2. Geronnene Extravasate können auch der Fontanellpunktion entgehen. Daher ist bei doppelseitigen Krämpfen auch bei ergebnisloser Punktion die beiderseitige Schädeleröffnung vorzunehmen. Immer ist aber der Erfolg der Fontanellaspiration abzuwarten.

Technik der Fontanellenpunktion: Weitkalibrige Kanüle wird in langem Schrägkanal durch die Weichteile im äußersten großen Fontanellenseitenwinkel mit der Spitze nach oben, der Öffnung nach unten parallel unter das Scheitelbein, bei occipitalem Hämatomverdacht von der kleinen Fontanelle unter das Hinterhauptbein gestoßen. Gleichzeitig gegenseitige treppenartige Unter- resp. Überstufung der Schädelknochen in der Kranz- oder Lambdanaht. Technik der Schädeleröffnung: Das Parietalbein wird in seiner Fontanellenecke hart am freien Knochenrand winkelig umschnitten, an seinen Rändern von der Interstitialmembran losgetrennt an der Basis dieses Dreieckes eingebrochen und mit seinen Deckweichteilen nach außen umgebogen. Nach Eröffnung der Dura wird der Knochen zurückgeklappt und nur die Haut vernäht, nicht die Dura. *Mohr* (Berlin).

Heyn, A., Steißtumor. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 469 bis 478. 1913

23jährige Zweitgebärende. In der zweiten Schwangerschaftshälfte quälende Leib- und Kreuzschmerzen. Ödeme der Bauchhaut und Beine. Urin enthält $^1/_2$ promille Eiweiß. Bettruhe und entsprechende Diät bringen anfangs Eiweißgehalt und die Schwellungen fast ganz zum Schwinden, aber die Schmerzen nehmen zu, und schließlich steigt der Eiweißgehalt wieder an, sogar bis zu 3 promille und die Ödeme nehmen zu. Kopfschmerzen. Der Zustand erfordert immer steigende Dosen von Narcoticis. Leib unförmig aufgetrieben. Mit Sicherheit wird nachgewiesen, daß nur ein Kind, nicht Zwillinge vorhanden sind; Kopf im Beckeneingang. Ungeheure Menge von Fruchtwasser. Man fühlt im Fundus bald den Steiß, bald links davon einen andern großen Teil. Kleine Teile nicht nachweisbar. Diagnose lautete auf Hydramnios, ein Kind, vermutlich irgendeine Mißbildung. Im 7. Monate der Gravidität spontane Unterbrechung der Gravidität. Bei verstrichenem Muttermund wird die Blase gesprengt, es entleeren sich 8 l Fruchtwasser. Das Fruchtwasser klar, leicht gelblich, ohne Meconiumbeimengung. Der kleine Kopf wird spontan geboren, und bis zur Brust läßt sich das Kind entwickeln; dann wird durch energischen Zug der Rumpf in die Vulva gebracht. Die kurze um den Leib des Kindes geschlungene pulslose Nabelschnur wird unterbunden und abgeschnitten. Die Geburt geht aber nicht weiter, da ein sehr großer Tumor in der Steißgegend hindert. Herunterschlagen beider Füße; trotz Zug von unten und Druck von oben nur mäßiger Fortschritt der Geburt. Beim Versuch, den cystischen Tumor zu punktieren, platzt er, es ergießt sich eine große Menge dunkler, blutig gefärbter Flüssigkeit, vermischt mit nekrotisch aussehenden Fetzen. Nunmehr rückt der Tumor tiefer und wird schließlich durch Zug entwickelt. Placenta folgt spontan. Reaktionsloser Verlauf. Ödeme, Anasarca gehen allmählich zurück und am 10. Tage wird. Pat. mit $^1/_2$ promille Eiweiß entlassen. Der Tumor ist mannskopfgroß, entspringt der Gegend zwischen Steißbein und Anus. Die obere Grenze des Tumors ist etwa die Linie der Cristae oss. ilei. Neben Cysten enthält die Geschwulst eine Reihe haselnuß- bis faustgroßer Knoten von weicher bis festweicher Konsistenz, die z. T. solide, z. T. cystisch sind. Es handelt sich um eine komplizierte Mischgeschwulst, einen embryonalen Tumor im Sinne Stolpers, ausgezeichnet durch eine absolute Regellosigkeit in der Anordnung der zu seinem Aufbau verwandten Gewebsbestandteile. Eine geordnete Organbildung ist nirgends nachweisbar; er stellt eine völlig regellose Aneinanderlagerung von Zellen verschiedener, z. T. nicht näher zu ergründender Herkunft dar. Im übrigen ergab die Sektion der Frucht einen völlig normalen Befund, nur daß das Steißbein, wie bei derartigen Tumoren, dorsalwärts abgebogen war. Das Auftreten des Hydramnios bezieht Verf. auf die Exsudation aus den reichlichen Gefäßen des Tumors. *Landau* (Berlin).

Hebammenwesen und -unterricht:

Wile, Ira S., Immigration and the midwife problem. (Einwanderung und Hebammenproblem.) Bull. of the Americ. acad. of med. Bd. **14,** Nr. 3, S. 196—202. 1913.

Die Wechselbeziehungen zwischen Einwanderung und Hebammenwesen lassen

sich so lange nicht zuverlässig abschätzen, als die Zahl der aus dem Ausland zuwandernden und der in Amerika ausgebildeten Hebammen unbekannt ist, wie bisher. Sicherlich sind sie aber vorhanden, denn mit der Zahl der weiblichen Einwanderer wächst auch die Zahl der Hebammen. Verf. fordert daher für die zuwandernden Hebammen eine Prüfung und staatliche Anerkennung, ehe sie ihre Praxis aufnehmen dürfen. Im Anschluß daran beleuchtet er die überaus unklaren und verschwommenen rechtlichen und sozialen Verhältnisse des Hebammenstandes in den Vereinigten Staaten. Die Ausbildung geschieht auf den Hebammenschulen — viele von ihnen sind nach dem Verf. reine „Hebammenfabriken" — nicht nach einem bestimmten allgemein anerkannten System, ebensowenig gibt es einheitliche Bestimmungen für die Abschlußprüfung. Eine Überwachung der Hebammen in ihrem Beruf ist praktisch bisher ebenfalls nicht vorhanden. Ja, in zwei Staaten der Union wird amtlich das Vorhandensein von Hebammen nicht anerkannt, obwohl in beiden die Geburtsurkunden von Hebammen unterzeichnet werden. Verf. fordert Reformen des amerikanischen Hebammenwesens nach allen diesen Richtungen. Bei den Vergleichen, die er bezüglich Ausbildung, beruflicher Tüchtigkeit und sittlicher Qualitäten zwischen den amerikanischen und den aus dem Auslande (zurzeit vorwiegend aus den südeuropäischen Staaten) zuwandernden Hebammen zieht, schneiden diese letzteren durchweg sehr gut ab. *Mangold* (Berlin).

Grenzgebiete.

Soziales. Statistik:

● **Gottschalk, Sigmund, Gesundheitspflege für Frauen und Mütter.** Bücherei der Gesundh.-Pflege Bd. **16.** Stuttgart: Moritz 1913. 196 S. M. 2,40.

Das kleine, mit 7 Tafeln und 32 Textbildern meist pathologischer Zustände geschmückte Buch soll in erster Linie ein Ratgeber für Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett sein. „Dann aber hat es sich auch die Verhütung und rechtzeitige Bekämpfung der wichtigsten Frauenleiden zum Vorwurf gesetzt." Den Frauen, Müttern und solchen, die es werden wollen, soll das Büchlein Belehrung bringen, wie sie sich bei der gewissenhaften Erfüllung der natürlichen Berufspflichten gesund und widerstandsfähig erhalten können. In 12 Kapiteln und einem Anhang („Was bedeutet das Jucken an den äußeren Geschlechtsteilen? — Technik des Sitzbades.") sind die Grundsätze der modernen Gesundheitspflege in allen Phasen des weiblichen Geschlechtslebens dargestellt und besonders Wochenbett und Gebärmutterkrebs besprochen. *Wegscheider.*

Sagher, P. de, Ce que doit être une parfaite consultation de nourrissons. (Wie muß eine gute Säuglingsfürsorge beschaffen sein?) Scalpel et Liège méd. Jg. **65,** Nr. 45, S. 762—768. 1913.

Man kann die Ausführungen des Verf. in die drei Schlagworte zusammenfassen: Stillpropaganda, Unterstützung der Mütter, Aufklärung der Mütter. *Nothmann.*[x]

Felhoen, Decherf et Mercier, De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine, des crèches industrielles. (Über Pflege der Säuglinge, deren Mütter in der Fabrik arbeiten, über Krippen in Fabriken.) (Congr. rég. de la protect. du prem. âge, Bordeaux 9./10. V. 1913.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17,** Nr. 12, S. 383—385. 1913.

Da die Mütter mehr und mehr auswärts arbeiten, ist es geboten, den Säugling so wenig als möglich von der Mutter zu trennen; die Mutter muß ihr Kind säugen können, ohne daß sie ihres Tagelohnes verlustig geht. Zurzeit sterben 50% aller Kinder von Fabrikarbeiterinnen, die von der Mutter getrennt werden, die überlebenden sind schwächlich. Die Gründe dieser hohen Sterblichkeit sind folgende: die Mütter geben ihre Kinder einer Nachbarin oder Verwandten zu hüten, selten einer Amme. Und diesen Hüterinnen kann das Gesetz Roussel nichts anhaben; 86% dieser Kinder gehen zugrunde. Oder sie geben ihre Kinder in eine öffentliche oder private Krippe, stillen aber dort nicht. Das beste ist eine Krippe oder Stillstube in der Fabrik selbst. Es müßte daher

gesetzlich verlangt werden, daß jede Fabrik, die 100 Frauen beschäftigt, eine Stillstube einrichten muß, in welcher jede Frau dreimal im Tage eine halbe Stunde ihr Kind stillen könnte. *Klein* (Straßburg i. E.).

Weil-Picard, H. Sergent et Paterne, La loi Roussel. Des améliorations à apporter au contrôle de l'élevage. Le contrôle moral et administratif, le contrôle médical. (Lex Roussel. Notwendige Verbesserungen der Säuglingsfürsorge in moralischer, administrativer und ärztlicher Hinsicht.) (Congr. rég. de la protect.du prem. âge, Bordeaux 9./10. V. 1913.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17**, Nr. 12, S. 382—383. 1913.

Das Gesetz Roussel, welches keine genügende Kontrolle der Säuglinge gewährt, müßte revidiert werden besonders in bezug auf Kontrolle des Arztes, des Bezirksinspektors usw. Asyle, Krippen, Stillstuben, Fürsorge- und Kontrollstellen müßten geschaffen werden. Das Gesetz hat wohl Gutes geleistet, ist aber ungenügend, weil es nur die Amme und nicht die Säuglinge, deren jährlich 190 000 an Ammen abgegeben werden, ärztlich kontrolliert, und ferner weil der kontrollierende Arzt keine ausreichende Befugnisse hat. *Klein* (Straßburg i. E.).

Rott, Organisation eines deutschen Krippenverbandes. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 5, S. 174—183. 1913.

Um den Zusammenschluß der Krippen zu bewerkstelligen schlägt Rott die Gründung eines deutschen Krippenverbandes vor und legt einen Satzungsentwurf vor, den er auf Grund der Erfahrungen des Schweizer Krippenvereins aufgestellt hat. Der Verband muß danach streben, die Krippen, die man als schlecht bezeichnen muß und die deshalb die Achtung vor der Krippenarbeit untergraben, zu verbessern eventuell durch materielle Unterstützung. Die erforderlichen Mittel muß er versuchen von den Gemeinden zu erhalten, denn es ist besonders die Gemeinde, für die die Privatwohltätigkeit in so reichlicher Weise in Anspruch genommen wird, daß in Deutschland jährlich $1^1/_2$ bis 2 Millionen Mark für die Krippen aufgebracht werden müssen. *A. Reiche.*[K]

Reichel, Charlotte, Geburtenrückgang und Wohnungsfrage. Frauenbewegung Jg. **19**, Nr. 12, S. 94. 1913.

Das Material entstammt dem Verwaltungsbericht der Wohnungsinspektion der Stadt Halle a. S. von Dr. Auguste Lange. — Kinderreiche Familien sind unerwünschte Mieter, haben außerdem stärkeren Zwang zum Sparen, deshalb am häufigsten eng zusammengedrängt in verwahrlosten Häusern. Sterblichkeit der Kinder dadurch erheblich, von 14—15 bleiben oft nur wenige am Leben, woraus wegen Schwächlichkeit der Überlebenden ein ungleich unerwünschtes „Zweikindersystem" erwächst als aus antikonzeptionellen Gründen. Volkswirtschaftlich wertvolle Familien sind nicht diejenigen, die möglichst viele Kinder in die Welt setzen, sondern diejenigen, die eine kleinere, aber tüchtige und gesunde Anzahl brauchbarer Kinder der menschlichen Gesellschaft heranziehen. *Stähler* (Siegen).

Darwin, Leonard, Das Wesen der „Eugenic Education". (Das Wesen der Heranbildung eines tüchtigen Menschengeschlechtes.) Eos, Jg. **9**, H. 2, S. 81—93. 1913.

Der Grundzweck der Eugenikbewegung ist zweifellos der, an Stelle der langsamen und grausamen Ausscheidungsmethode der Natur ein rationelleres, humaneres und schnelles Auswahlsystem zu setzen, um den fortgesetzten Rassenfortschritt zu sichern. Die Eugenikbewegung kann in zwei Gruppen eingeteilt werden, die aufbauende Eugenik, oder das Bestreben, die Vermehrung der Tauglichen zu fördern, und die einschränkende Eugenik oder das Bestreben, die Zahl der weniger Tauglichen zu verringern. Das letztere kann nur dadurch geschehen, daß alle Minderwertigen und geistig Defekten verhindert werden, sich fortzupflanzen. Wo die Grenze zu ziehen ist, ist noch schwer zu sagen. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 8. S. 337—416

Ergebnisse.

10.

Die Pathologie und Therapie der Placenta praevia und die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Placenta.

Von
Dr. **Adolf Hüffell**-Darmstadt.

I. Placenta praevia.

Fünf Jahre sind verflossen, seit Krönig und Sellheim versuchten, eine Umgestaltung der Therapie der Placenta praevia anzubahnen. Die damals äußerst lebhafte Diskussion ist jetzt in ein ruhigeres Fahrwasser geraten. Andere, neu auftretende Probleme haben die Frage nach der Behandlung der Placenta praevia etwas in den Hintergrund gedrängt. Trotzdem wurde während dieser Zeit die Arbeit auch auf diesem Gebiet eifrig fortgesetzt, wie die zahlreichen vorliegenden Veröffentlichungen bezeugen. Wenn die Frage nach der zweckmäßigsten Behandlung der Placenta praevia heute auch noch nicht entschieden ist, so lassen doch die Resultate der letzten Jahre einen deutlichen Fortschritt erkennen. Auch unsere anatomischen Kenntnisse der Placenta praevia wurden dabei wesentlich bereichert. Die vorliegende Arbeit umfaßt das Material der letzten fünf Jahre. Ältere Veröffentlichungen wurden nur ausnahmsweise erwähnt.

Anatomische Untersuchungen.

Aschoff[1]) hat zur Erklärung der anatomischen Verhältnisse bei Placenta praevia die alte Frage nach dem unteren Uterinsegment wieder aufgerollt. Er behauptet, daß sich eine Dreiteilung in Corpus, Isthmus und Cervix auch am nichtgraviden Organ nachweisen lasse. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen nehmen die oberen zwei Drittel der Cervix eine Sonderstellung ein, da sich hier bereits Corpusschleimhaut vorfinde. Er unterscheidet demnach ein Orificium internum anatomicum und histologicum. Der dazwischen liegende „Isthmus“ wird in der Schwangerschaft zum unteren Uterinsegment. Er zeigt eine deciduale Veränderung seiner Schleimhaut und erfährt vom 5. Monat ab eine Dehnung seiner Wand. Diese gleicht in ihrer Struktur der Muskulatur der Cervix und ist stets wesentlich dünner und ärmer an Muskelfasern als das Corpus. Kommt es in diesem Abschnitt des Uterus zur Entwicklung der Placenta, so entstehen ähnliche Verhältnisse, wie bei der Tubenschwangerschaft. Die Zotten fressen sich tief in die Muskulatur ein, es kommt zu einer außergewöhnlichen Entwicklung des Gefäßsystems. Hierdurch wird die Wand des Isthmus „aufgesplittert“ (Sellheim) und büßt ihre Elastizität ein. Wird sie dann bei Eintritt der Geburt stärker gedehnt, so kommt es zu den so gefürchteten Einrissen, während andererseits nach Geburt des Kindes und der Placenta die zur Blutstillung nötige Kontraktion der Wand ausbleibt. Aschoff[1]) unterscheidet auf Grund dieser Anschauungen eine Placenta praevia simplex mit Insertion im unteren Abschnitt des Corpus, eine Placenta praevia isthmica und schließlich als seltenste Form die Placenta praevia cervicalis. Bayer[5]) läßt ebenfalls das untere Uterinsegment aus einem kontraktionsunfähigen Abschnitt, dem oberen Teil der Cervix, entstehen. Er erkennt jedoch einen schon am nichtgraviden Organ histologisch nachweisbaren Isthmus nicht an. Die Placenta isthmica sei eine physiologische Unmöglichkeit für die Fälle, welche gut ausgehen. Denn wenn die Placenta wirklich im „Isthmus“ sitze, so müßten alle diese Frauen sich

verbluten, was jedoch nicht der Fall sei. Die Placenta hafte gewöhnlich auf der Corpusschleimhaut und sei nur teilweise der Distraktion durch das untere Uterinsegment ausgesetzt. Bayer unterscheidet nur zwei Arten von Plac. praevia, die, bei der das Orificium internum bis zur Geburt erhalten bleibt, und die, bei denen es sich bereits in den letzten Schwangerschaftsmonaten öffnet. Die erste Kategorie hält er für die gefährlichste, da es hier zum Aufplatzen der Cervix", zu den schweren Rißblutungen komme; bei der andern Kategorie, welche sich durch häufigere Blutungen während der Schwangerschaft auszeichne, gehe die Erweiterung des Orificium langsam vor sich. Sie sei daher die harmlosere Art. Schauta[105]) ließ daraufhin sein großes Material durchsehen. Es ergab sich, daß die theoretischen Anschauungen Bayers in der Praxis nicht zutreffen, da gerade unter den Frauen, welche bereits in der Schwangerschaft geblutet hatten, die meisten an Anämie gestorben waren. Pankow[82]) hat auf Grund der Aschoffschen Lehre die Theorie der Reflexaplacenta einer Kritik unterzogen. An der Hand mehrerer Präparate führt er den Nachweis, daß in derartigen Fällen die Placenta an der Cervix einen Widerstand finde und sich daher auf der abgespaltenen Isthmusschleimhaut über den Cervicalkanal hinüberschlage. Er unterscheidet zwei Arten von Plac. praevia. Bei der ersten siedelt sich das Ei primär im Isthmus an, bei der zweiten Art befindet sich die Nidationsstelle im Corpus, während nur ein Lappen der Placenta in den Isthmus ragt. Außer Pankow schlossen sich Sellheim[112]) und Krönig[59]) der Aschoffschen Lehre an und zogen für die Therapie der Placenta praevia daraus die Konsequenz, daß eine Dehnung des unteren Uterinsegments durch die Geburt auf jeden Fall zu verhüten sei. Eine größere Anzahl anderer Autoren wandte sich energisch gegen die Lehre Aschoffs. Zweifel[139]) sah nie Corpusschleimhaut in der Cervix, vielmehr gehen beide Schleimhautarten am innern Muttermund mit scharfer Grenze ineinander über, so daß kein Raum für einen dritten Teil bleibt. Auch am graviden Uterus kennt er nur Corpus und Cervix. Er wendet sich auch gegen die neue Bezeichnung „Placenta isthmica" da die betreffende Stelle in der Schwangerschaft keineswegs eine Enge vorstelle, sondern im Gegenteil erweitert sei. Auch seine beiden Gefrierschnitte, ebenso wie die von Bumm und Blumreich[6]) bewiesen, daß ein unteres Uterinsegment nicht existiere. Skutsch[120]) rechnet die Dehnungszone im wesentlichen zur Cervix, er weist eine Dreiteilung ebenfalls zurück und bedauert, daß mit diesen Erörterungen so viel Zeit vergeudet würde. Es sei doch nur ein Streit um Worte, dem ein praktischer Wert nicht zukomme. Jolly[56]) kommt auf Grund seiner Beobachtungen an 4 Uteris aus frühen Schwangerschaftsmonaten zu der Überzeugung, daß stets die primäre tiefe Nidation des Eies zur Placenta praevia führe und daß ein nachträgliches Tiefertreten nicht vorkomme. Er glaubt, daß diese Anomalie außerordentlich häufig zu Abort führe und zwar sind es besonders diejenigen Formen, welche sich durch besonders heftige Blutungen auch nach Ausstoßung des Eies auszeichnen.

Ätiologie.

Von jeher wurden Veränderungen des Endometriums sowie der Wand des Uterus für die Entstehung der Placenta praevia verantwortlich gemacht. Veit[129]) weist auf die Häufigkeit der Anomalie bei Vielgebärenden hin und glaubt dies dadurch erklären zu können, daß zwischen einer Geburt und der darauffolgenden Schwangerschaft zu kurze Zeit zur völligen Rückbildung des Uterus bleibe. Sarah Masel[71]) fand unter 39 Fällen von Placenta praevia 26 mal Störungen der Menstruation verzeichnet, außerdem zeigten 7 Frauen endometritische Symptome. Donat weist darauf hin, daß in der besseren Praxis sich so selten Placenta praevia finde und fragt sich, „ob nicht doch körperliche Anstrengung ein Tiefertreten des Ovulum bis zum Os internum begünstige". Robert Meyer[73]) hält diese Umstände für belanglos, da sich das Ei überall einniste, wo es sich gerade befinde, sobald es den Zustand der „Nidationsreife" erreicht habe. Normalerweise geschieht dies am Fundus uteri. Ein zeitliches Mißverhältnis zwischen Eireifung und Eiwanderung ist demnach zur dystopischen Gravidität nötig. Erreicht

das Ei seine Nidationsreife schon in der Tube, so entsteht die extrauterine Schwangerschaft, gelangt es dagegen in das Corpus, bevor es seine nötige Reife erreicht hat, so wird es durch die Flimmerung weiter nach unten befördert und implantiert sich in den untern Abschnitten, wenn es nicht überhaupt aus dem Uterus entfernt wird. Hoehne[50]) kann dieser Ansicht nicht beistimmen. Auf Grund seiner Untersuchungen über die Flimmerung des Uterusepithels kommt er zu der Überzeugung, daß der jeweilige Zustand des Endometriums doch eine wesentliche Rolle bei der Nidation spielt. Er fand, daß in der Corpushöhle kein kontinuierlicher Flimmerstrom vorhanden ist, daß die Flimmerhärchen sehr hinfällig sind und daß diese in den verschiedenen Phasen, welche die Schleimhaut gesetzmäßig durchläuft, an Ausbreitung und Dichte außerordentlich wechseln. Er hält die zeitweise Unterbrechung der Flimmerung für außerordentlich wichtig bezüglich des Zustandekommens einer regelrechten Eieinbettung. Hierdurch wird wahrscheinlich ein weiterer Transport des Eies verhindert. Andererseits erklärt eine pathologischerweise persistierende Flimmerung die Ursache der tiefen Nidation. Diese Ansichten stützt Hoehne[51]) durch den Befund an 2 exstirpierten Uteris aus dem 2. Schwangerschaftsmonat, an denen es ihm gelang, den histologischen Nachweis dafür zu erbringen, daß tatsächlich eine hyperplastische Schleimhaut besonders lange Cilien in allen Uterusabschnitten aufweist. Am infantilen, hypoplastischen Uterus fehlen dagegen die Flimmerhärchen oft gänzlich, so daß hierin eine Ursache der Sterilität zu suchen ist. Er empfiehlt daher zur Verhütung derartiger Störungen die Abrasio der verdickten Schleimhaut. Meyer[74]) bestreitet nicht diese Beobachtungen, doch glaubt er, daß die Veränderungen der Flimmerung nicht die einzige Ursache des Zustandekommens einer fehlerhaften Nidation sei und daß vielmehr eine ganze Anzahl von Faktoren, vor allem auch der von ihm vermutete, in Betracht kämen. Wie bereits oben erwähnt wurde, scheint ein großer Teil der Fälle von Placenta praevia durch frühzeitigen Abort seine Erledigung zu finden, so daß man darin eine Art Selbsthilfe der Natur erblicken könnte. Zuweilen führen aber auch dann die Blutungen zu so bedrohlichen Zuständen, daß man genötigt werden kann, zu dem letzten Hilfsmittel, der Totalexstirpation, zu greifen. Außer den bereits von Jolly[55]) erwähnten Fällen ist hier ein Fall von Jaschke[57]) anzuführen, der wegen Placenta isthmica totalis im 3. Monat den Uterus exstirpieren mußte. Auch Pankow[87]) beschreibt einen analogen Fall, in dem die Patientin nur durch schleunige Hysterectomia vaginalis vor dem Verblutungstod gerettet werden konnte.

Klinik und Statistik.

Die Berichte über die Häufigkeit des Vorkommens der Placenta praevia sind sehr verschieden. Im allgemeinen sind wir auf die Angaben der Klinik angewiesen, welche wahrscheinlich eine zu hohe Zahl erreichen, da viele Fälle der Praxis den Anstalten überwiesen werden. Schauta[106]) fand unter 53947 Geburten 438 mal Placenta praevia, Gussew[34]) (Moskau) unter 130678 Geburten 480 Fälle, Zweifel[138]) sah 100 mal Placenta praevia unter 5603 Geburten, nach Faddejewa[19]) beträgt die Häufigkeit 0,58% aller Geburten, Frigyesi[26]) rechnet auf 210 Geburten eine Placenta praevia. Nach Markowski[72]) kommen auf 12064 Geburten 118 Fälle von Placenta praevia, Fletcher Shaw[117]) gibt auf 11705 Geburten die Zahl von 100 an. Pinard[25]) hatte unter 53000 Geburten 162 mal Placenta praevia zu verzeichnen. Es ergibt sich demnach aus diesen neueren Angaben eine mittlere Häufigkeit der Placenta praevia von nicht ganz 0,5%. Noch stärker differieren die Angaben über die Verlustziffern bei Placenta praevia. Zum Teil mag dies daher rühren, daß einzelne Autoren mehr oder weniger große Abzüge vornehmen. So scheidet z. B. Hannes[38]) die Frühgeburten aus und nimmt als obere Grenze ein Gewicht von 2000 g an, während andere die Grenze bis zu 2500 g erweitern. Bezüglich der Mütter werden verschiedene Organerkrankungen als Grund zum Abzug betrachtet, während von den Kindern vielfach die vor Beginn der Behandlung abgestorbenen oder auch schwer geschädigten abgerechnet werden.

Ferner sollte stets angegeben werden, ob die Geburt klinisch oder poliklinisch verlief. Aus allen diesen Umständen ist ersichtlich, welch relativ geringer Wert den meisten Statistiken zukommt und wie unmöglich ein Vergleich der verschiedenen Methoden auf diesem Wege ist. Krönig[62]) erkennt wohl die Berechtigung gewisser Abzüge an, verlangt jedoch gerade bei Placenta praevia eine Statistik en bloc, da eine Grenze für Abzüge nicht zu ziehen sei und auf anderem Weg eine Vergleichung der einzelnen Methoden sich nicht ermöglichen lasse. Trotzdem müssen die statistischen Angaben berücksichtigt werden, weil sich auf diese die jeweilige Therapie stützt. Die beifolgende tabellarische Übersicht der in den 5 Jahren veröffentlichten Resultate zeigt im wesentlichen die Erfolge der konservativen Therapie, Blasenstich, Wendung, Tamponade und Braxton Hicks. Die meisten Statistiken enthalten keine genaueren Angaben, so daß eine Trennung nach den verschiedenen Verfahren nicht möglich ist. Wo dies doch der Fall war, wurden die Resultate bei Besprechung der einzelnen Methoden besonders erwähnt. Sammlungen von weniger als 50 Fällen wurden nicht berücksichtigt. Bekanntlich begründen die Anhänger des chirurgischen Verfahrens ihr Vorgehen mit der hohen mütterlichen Mortalität, während ihre Gegner die günstigen Resultate, die zum Teil nicht einmal 1% erreichen, ins Feld führen. Die Hauptgefahr bilden nach Krönig[60]) die Blutungen der Nachgeburtsperiode. Trotz Massage steht die Blutung häufig nicht, so daß er in 6—10% der Fälle zur manuellen Placentarlösung schreiten mußte. „Aber auch dann blutet es häufig noch weiter und gerade nach diesen jetzt noch einsetzenden Blutungen, welche oft vergeblich mit der Dührßenschen Tamponade des Uterovaginalkanals behandelt werden, stirbt die Frau 2—7 Stunden post partum. Zuweilen ist ein Cervixriß die Ursache dieser Blutung, häufig aber findet sich bei der Sektion nichts Besonderes.“ Auch Sellheim[112]) fürchtet diese Nachblutungen, für welche er die mangelhafte Kontraktion des distrahierten untern Uterusabschnitts verantwortlich macht und tamponiert deshalb die meisten seiner operierten Fälle. Durch Krönigs[60]) Anregung wurde den Nachblutungen bei Placenta praevia eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Er selbst veröffentlichte zu diesem Zweck 20 Krankengeschichten, bei welchen fast ausnahmslos über schwere Blutverluste nach der Geburt berichtet wird. Je weiter fortgeschritten die Schwangerschaft war, um so größer im allgemeinen die Blutung . Von 9 Frauen im 10. Monat verbluteten sich so 3 in der Klinik. Auch Hofmeier machte die traurige Erfahrung, daß von 100 Müttern 8 an Anämie starben und zwar gingen 3 an groben Störungen der Nachgeburtsperiode zugrunde. Frigyesi[26]) berichtet, daß an der Taufferschen Klinik unter 110 Fällen 17mal Tamponade nach Dührßen nötig war. Sigwart[119]) kann den Anschauungen Sellheims über die Ursachen der Nachblutung nicht zustimmen. Distrahiertes Muskelgewebe sei wohl kontraktionsfähig. Er sah unter den 121 Fällen „kaum einmal“ eine gefährliche Nachblutung. Diese stammen seiner Ansicht nach immer aus Cervixrissen und sind also die Folge von Kunstfehlern. Auch Hannes[39]) schreibt, daß Störungen und Nachblutungen in der Placentarperiode äußerst selten seien. Er mußte unter 246 Fällen nur 2mal die Placenta manuell lösen und war einmal genötigt zu tamponieren. Richter[101]) sah unter 83 Fällen 9 leichte atonische Nachblutungen und eine schwere Blutung, die aus einem Cervixriß stammte. Nur diese letztere erforderte Tamponade. Zweifel[138]) sah weder bei Placenta praevia lateralis noch totalis jemals stärkere Nachblutungen. Von den 17 Frauen, die sich verbluteten, hatten alle bereits vor der Geburt stark geblutet, nur eine verlor in der Klinik noch 1600 g und zwar erfolgte hier die Blutung ex atonia, nicht aus einem Riß. Veit[132]) glaubt, daß atonische Nachblutungen äußerst selten seien und daß es sich meist um Rißblutungen handele. Er schreibt: „Seit wir nach dem Vorgang Kaltenbachs alle Risse aufsuchen und nähen, hat sich die Zahl der Atonien bei uns wesentlich verringert.“ Olow[81]) dagegen betont, daß es sich bei den wenigen Nachblutungen, die er nach Placenta praevia sah, stets um reine Atonie gehandelt habe. Zur Verhütung dieser Gefahren wandte Hoehne[51]) mehrfach mit Erfolg den Momburgschen Schlauch an. Krönig[64])

empfiehlt die Unterbringung der zuführenden Arterien, wenn es sich darum handle, der Patientin den Uterus zu erhalten.

Ein Ereignis, dem wir noch immer machtlos gegenüberstehen, ist die Luftembolie. v. Herff[123]) verlor unter 61 Fällen 2 Frauen auf diese Weise, und zwar nach Wendung, Hannes[38]) unter 119 Fällen ebenfalls 2 nach Metreuryse. Es scheint demnach die Art des Eingriffs nicht maßgebend zu sein. Esch[16]) beschreibt einen Fall von paradoxer Luftembolie, die nach einer Wendung bei Placenta praevia auftrat. Er empfiehlt zur Verhütung die Vornahme aller Operationen in steiler Beckenhochlagerung, damit auf diese Weise die Luft aus der Vagina nach oben entweichen könne. Opitz hält diese Kalkulation für falsch und den Vorschlag für gefährlich. Bei Beckenhochlagerung ist der Blutdruck in den Venen der unteren Extremitäten und des Unterleibs negativ, so daß auf diese Weise einem Ansaugen der Luft Vorschub geleistet wird. Er empfiehlt im Gegenteil, alle Manipulationen bei Placenta praevia nur bei erhöhtem Oberkörper zu machen, da die Luft aus dem Genitalschlauch auch so entweiche, die Gefahr einer Aspiration aber viel geringer sei. Ferner vermeide man alles, was ein Schwanken des Blutdrucks hervorrufe, Husten, tiefes Atemholen und rasches Umlegen. Einen originellen Vorschlag zur Verhütung der Luftembolie macht Peters[90]). Er läßt die Wendung in der Badewanne mit leicht erhöhtem Oberkörper unter Wasser vornehmen. Eine Infektion von seiten des Badewassers fürchtet er nicht, er glaubt, den ganzen Körper durch Abreiben mit Alkohol genügend keimfrei machen zu können.

Autor	Klinik usw.	Anzahl der Fälle	Mütterliche Mortalität	Kindliche Mortalität
Mende, Kreis Waldenburg	Hebammenbericht	—	15,0	—
Winter, Königsberg	Klinik	100	10,0	—
Füth, Reg.-Bez. Koblenz	Hebammenbericht	726	20,0	50,0
v. Reding, Basel	Frauenklinik	100	7 0	62,0
Zweifel, 1899—1906	Klinik u. Poliklinik	180	7,8	—
Hannes, Breslau	nur Metreuryse	119	5,0	42,5
Treub, Klinik	Accouch. forcé	71	18,2	48,0
Meurer, Klinik	Accouch. forcé	52	8,0	38,0
Stratz, den Haag	konservativ	102	1,0	—
Thies, Charité	Klinik u. Poliklinik	179	3,0	60,0
Richter, Dresden	Frauenklinik	83	1,2	53,0
Krönig, Gr. Baden	Sammelstatistik	519	14,0	—
Nowak (v. Rosthorn)	I. Wiener Klinik	273	5,9	79,0
Schauta	II. Wiener Klinik	438	7,1	57,3
Piscacek		483	5,0	84,3
Maison, München	Kgl. Frauenklinik	154	14,0	75,8
Sigwart, Charité	nur Poliklinik	121	0,8	53,0
Gussow, Moskau	Gebäranstalt	480	11,2	58,0
Weischer, Berlin	Univ. Klinik	346	8,0	60,0
Frigyesi, Budapest	Klinik Tauffer	110	6,3	70,0
Lovrich, Budapest	Klinik Bártony	94	10,2	62,0
Schweitzer (Zweifel)	nur Klinik	100	6,0	35,5
Schweitzer (Zweifel)	nur Poliklinik	110	0,9	50,4
Faddejewa	Klinik Lebedeff	105	7,0	65,7
Lefebre, Mecklenburg	Landesklinik	118	9,3	—
Markowsky, Petersburg	Klinik v. Ott	112	2,0	61,0
Löbenstein (Menge)	Univ. Klinik	50	10,0	58,6
Shaw, Manchester		100	8,0	67,0
Couvelaire, Paris	Klinik Pinard	162	6,7	50,0
Claeveke, Kiel	Univ. Klink	69	9,0	66,7
Hofmeier	Univ. Klinik	100	8,0	40,0
Mussatow, Moskau	Poliklink	51	4,1	66,8
R. Freund, Halle	Klinik Veit	—	10.0	48,8

Bezüglich der Therapie der Placenta praevia müssen wir jetzt zwei Gruppen unterscheiden. Die erste versucht der Blutung durch Tamponade Herr zu werden. Hierher gehören die Scheidentamponade, die kombinierte Wendung und die Metreuryse.

Die zweite Gruppe ist vertreten durch Krönig, Sellheim, Döderlein und Pankow. Diese wollen prinzipiell jeden Fall von Placenta praevia, der mit initialen Blutungen zur Behandlung kommt, auf chirurgischem Wege entbinden.

Die Tamponade der Scheide.

erfreut sich in der Praxis noch immer einer großen Beliebtheit, trotzdem sie von allen Klinikern als ein völlig unzureichendes und gefährliches Hilfsmittel bezeichnet wird. Als Behandlungsmethode zur Blutstillung und Wehenerregung wird die Gazetamponade zurzeit noch von einigen praktischen Geburtshelfern empfohlen. Nijhoff[78]) läßt die Gaze zuweilen bis zu 6 Tagen liegen, ohne zu wechseln und Treub[128]) bis zu 48 Stunden, während Strotz[128]) die Tamponade nur 24 Stunden lang gestattet. Auch Kühl tritt warm für Scheidentamponade ein. Heil[48]) versucht an der Hand von 29 Fällen aus der eignen Praxis nachzuweisen, daß eine lege artis ausgeführte Tamponade unschädlich sei. Als Ersatz für die oft zu schwierige Metreuyse würde die Tamponade stets ihre Bedeutung für den Praktiker behalten. Um die Gefahren der Gazetamponade, welche hauptsächlich in der Zersetzung des Blutes im Tampon gesehen wird, herabzusetzen, empfiehlt Zweifel[138]) den Kolpeurynter, allerdings nur vorübergehend und zum Transport. Doch wendet er den Ballon in gewissen Fällen von Blutungen in der Schwangerschaft auch in der Klinik an, wenn der Cervicalkanal noch nicht genügend durchgängig und die Blutung sehr heftig ist. Zweifel legt dann während der Nacht einen Kolpeuryter ein, um vor plötzlichen Überraschungen gesichert zu sein, in geeigneten Fällen bis zu 6 Tagen. Er wurde wegen Empfehlung dieser „Dauertamponade" von R. Freund[23]) heftig angegriffen, welcher danach in 66% Wochenbettsfieber auftreten sah. Freund gestattet die Tamponade nur als Notbehelf zum Transport und bevorzugt dann die Tamponade mit feuchter Gaze nach Fritsch. Der Kolpeurynter adaptiere sich dem Scheidengewölbe schlechter als die Gaze und verhindere durch seine Elastizität die Blutgerinnung, während er die Zersetzung des Bluts fördere. Auch Asch[30]) empfiehlt bei überraschender Blutung aus der geschlossenen Cervix die Gazetamponade, welche in der Wirkung den Kolpeurynter übertreffe. Tauffer[27]) dagegen ist mit dem Kolpeurynter als Blutstiller zufrieden. Die große Infektionsgefahr der Tamponade geht einstimmig aus den Beobachtungen aller größeren Kliniken hervor. Döderlein[13]) verlor von den außerhalb tamponierten Frauen 25%. v. Reding[98]) berichtet, daß von 52 Tamponierten 27 fieberten, auch Hannes[37]) hat mit der Tamponade so schlechte Erfahrungen gemacht, daß er schreibt: „Jedwede Tamponade der Scheide ist zu verwerfen. Sie gibt, auch noch so einwandsfrei ausgeführt, häufig genug Veranlassung zu schweren Infektionen. Außerdem stillt sie die Blutung nicht, denn hinter dem Tampon blutet es häufig weiter, lebhaft weiter, denn der Scheidentampon tamponiert ja nie die wirklich blutende Stelle. Wo es blutet, ist auch Platz genug, einen zusammengefalteten Ballon einzuführen, nicht aber so viel, um die kombinierte Wendung auszuführen". Die Tamponade als Behandlungsmethode dürfte heute als abgetan betrachtet werden, doch wird sie als Notbehelf für die Praxis wohl nie ganz zu entbehren sein. Dann aber wird die Tamponade mit steriler Jodoformgaze dem Kolpeurynter vorzuziehen sein, weil sie in einwandsfreier Verpackung stets zur Hand ist und ihre Anwendung dem Arzt geläufiger ist als die Behandlung mittels Ballon.

Blasensprengung und Accouchement forcé.

Handelt es sich um Placenta praevia lateralis und Kopflage, so reicht nach Jolly[55]) die Sprengung der Blase durch Wehenerregung oft zur Blutstillung aus. v. Reding[98]) wandte das Verfahren in 24% seiner Fälle an, davon in 13% mit Erfolg, während in 11% noch die Wendung nötig war. Hannes[38]) kam unter 246 Fällen 24 mal mit dem Blasensprengen allein aus, alle reifen und vorher lebenden Kinder kamen dabei frisch zur Welt, von den Müttern starb keine. Richter[100]) konnte in 29% seiner Fälle nur durch den Blasenstich die Gefahr beseitigen, während Rossier[25]) die breite Spal-

tung der Eihäute nach Pinard empfiehlt. In neuester Zeit scheint sich der Hypophysenextrakt als ein wirksames Unterstützungsmittel dieser Therapie zu bewähren. Trapl[127]) gelang es so in 16 Fällen leicht die Blutung zu beherrschen, auch Gall[36]) sah in 10 Fällen guten Erfolg davon. Die Anwendung von Pituitrin bei Placenta praevia wird ferner empfohlen von Hofbauer, Fischer, Hirsch[49]) und Merkel. Da die Wehenschwäche bei Placenta praevia oft so verhängnisvoll wird, so lag der Gedanke, das bewährte neueste Wehenmittel auch hier zu versuchen, nahe. Doch ist die Zahl der beobachteten Fälle noch so klein, daß ein definitives Urteil (über den Wert des Pituitrins bei Placenta praevia noch nicht abgegeben werden kann. Vor allem muß die Unschädlichkeit des Mittels erwiesen werden. Nach neueren Publikationen scheint es in manchen Fällen zu solch heftigen Kontraktionen zu kommen, daß die Gefahr eines Cervixrisses besonders bei tiefem Sitz der Placenta vorläufig nicht von der Hand gewiesen werden kann. (Vergleiche Emanuel Herz, Ein Fall von Uterusruptur nach Pituitrin. Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, Nr. 20.)

Das Accouchement forcé wurde seinerzeit besonders in Frankreich und den Niederlanden geübt. Treub[128]), der die Methode Bonnaire früher empfahl, ist auf Grund seiner neuesten Erfahrungen gänzlich davon abgekommen. Während er unter den ersten 35 Fällen eine mütterliche Mortalität von 5,7% erzielte, schnellte dieser Prozentsatz bei weiteren 36 Fällen auf 32% hinauf, so daß seine durchschnittliche mütterliche Mortalität 18,2% beträgt. Von den Kindern starben 42%. 2 Frauen verbluteten sich aus Cervixrissen. Meurer[128]) verlor unter 43 nach Bonnaire behandelten Fällen 4 Frauen, davon 3 an Rißblutung. Auch de Suo[128]) sah unter 12 auf gleiche Weise Behandelten 5 Cervixrisse auftreten, Nijhoff[78]) versuchte die Methode nur 2 mal und verlor beide Male Mutter und Kind durch Rißblutung. In Deutschland empfiehlt nur Veit[130]) das Accouchement forcé dem Praktiker für geeignete Fälle und befindet sich damit im Widerspruch mit den übrigen Autoritäten. Veit glaubt, die kindliche Mortalität dadurch zu bessern, daß er möglichst an die Wendung die Extraktion anschließt, selbst auf die Gefahr eines Cervixrisses hin. Die Blutung aus derartigen Verletzungen lasse sich durch die Naht leicht und schnell beherrschen. Krönig[61]) ist hierin anderer Ansicht, er glaubt, daß die Naht eines Cervixrisses sowohl klinisch als besonders unter häuslichen Verhältnissen ein mißliches und unsicheres Unternehmen sei, technisch oft schwieriger als der Kaiserschnitt. Die Gefahren der Cervixrisse gehen aus Veits eigner Klinik hervor, indem in einer Arbeit Freunds[24]) unter 7 Todesfällen bei Placenta praevia drei Rißblutungen figurieren. Hiermit dürfte wohl das Unzweckmäßige der forcierten Entbindung sich demonstrieren. Es ist wohl nicht mehr zu rechtfertigen, wegen der zweifelhaften Aussicht auf ein lebendes Kind die Mutter in erhöhte Gefahr zu bringen.

Wendung nach Braxton Hicks.

Die kombinierte Wendung behauptet sich nach wie vor als souveränes Mittel zur Blutstillung, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis. Sie gibt für die Mutter die geringste Mortalität, welche allerdings durch eine recht hohe Kindersterblichkeit erkauft wird. Zweifel[138]) wendet die kombinierte Wendung bei beginnender Blutung unter der Geburt prinzipiell an. Es gelang ihm auf diese Weise, die mütterliche Mortalität auf 1,16% herabzudrücken. Auch die Leipziger Poliklinik, in welcher neben der Blasensprengung fast nur der Braxton Hicks in Anwendung kommt, erzielte eine mütterliche Mortalität von nur 0,9%, von den Kindern starben 50%. Ähnlich lauten die Erfahrungen aus der Poliklinik der Charité, wo nach Sigwart[119]) die mütterliche Mortalität bei 71 kombinierten Wendungen nur 0,8% beträgt, die der Kinder 53%. Auch die Resultate der Dresdner Klinik, die Richter[100]) veröffentlicht, ergaben mit einer mütterlichen Mortalität von 1,2% und einer kindlichen von 53% gute Resultate. Doch stehen derartige Erfolge leider noch immer recht vereinzelt da, im allgemeinen ist die mütterliche Mortalität wesentlich höher anzunehmen. Krönig[61]) berechnet

aus einer Sammelstatistik von 1602 Fällen 6,2%. Hammerschlag[43]) verlor unter 191 Fällen 6,3% Mütter, davon 3% an Sepsis. Nowak[79]) berechnet aus der II. Wiener Klinik unter 237 Fällen eine Mortalität von 5,9%, davon 4,6% an Verblutung, Schauta[105]) hat unter 438 Fällen 7,1% verloren. Von diesen sind 80% als außerhalb infiziert anzusehen. Piskazek[93]) starben von 67 Müttern nach kombinierter Wendung 4. Döderlein[18]) hat 10% Mortalität, Gussew[34]) unter 250 Fällen 11,6%, Weischer[134]) (Ohlshausen) gibt auf 346 Fälle 7,4% Verlust an Müttern an.

Auch die Resultate für die Kinder werden verschieden angegeben, eine Mortalität von 50% ist hierbei als besonders günstig anzusehen, Krönig[61]) berechnet als Durchschnittswert 58,9%, Hannes[38]) 82%. Hammerschlag[42]) empfiehlt trotz der hohen Zahl von 84% toten Kindern die kombinierte Wendung als beste Methode. Ein Vergleich dieser Resultate ist dadurch besonders erschwert, daß bei den Kindern besonders viel Abzüge gemacht werden. Ein großer Teil derselben ist ja bereits vor der Geburt abgestorben, einige sterben auch noch in den ersten Tagen an den Folgen. Von diesen sind wieder viele unreife Früchte. Alle diese sollten aber in der Statistik als verloren gebucht werden, da sonst ein Vergleich der Resultate unmöglich ist. Die Wertschätzung der kombinierten Wendung hängt in erster Linie davon ab, welchen Wert das kindliche Leben im Einzelfalle hat. Richter[101]) fand unter 83 lebensfähigen Kindern nur 22 ausgetragene, unter 22 Fällen von Placenta praevia centralis waren nur 3 Kinder lebend zur Welt gekommen. Er ist daher der Ansicht, in allen Fällen, wo das Kind nicht sicher lebensfähig oder schwer beschädigt ist oder wo es der schlechte Allgemeinzustand der Mutter erfordert, sofort die kombinierte Wendung vorzunehmen. Zur Schonung der Mutter wird der Kopf des abgestorbenen Kindes perforiert. Krönig[61]) hält, abgesehen vom Kaiserschnitt, die Wendung nach Braxton Hicks für das souveräne Mittel, die Blutung während der Geburt des Kindes mit Sicherheit zu stillen. Die Methode bewährte sich in jedem Falle ausnahmslos, während er mit der Metreuryse mehrere Mißerfolge zu verzeichnen hat. Wichtig ist selbstverständlich, daß jeder stärkere Zug am Fuß vermieden wird. Um beim Durchtritt des Kopfs Cervixrisse zu vermeiden und trotz langsamer Dehnung ein Ersticken des Kindes zu verhüten, empfiehlt Zweifel[138]) mit 2 Fingern in den Mund des Kindes einzugehen und einen Katheter einzuführen, um so Aspiration von Blut zu verhüten und dem Kinde Luft zuzuführen.

Metreuryse.

Der kombinierten Wendung ist in der Metreuryse ein Konkurrent erstanden, der an vielen Anstalten die Wendung zu verdrängen sucht. Die Metreuryse wird im Interesse des Kindes unternommen und kommt daher nur bei lebendem Kind oder wenn die kombinierte Wendung zu schwierig auszuführen ist, in Frage. Einer der begeistertsten Anhänger des Verfahrens ist Hannes[37]). Er behandelte 143 Fälle mit dem Metreurynter. Gestorben sind von den Müttern 8. Von den Kindern wurden 60 lebend geboren. Es handelte sich dabei um Placenta praevia totalis und partialis, während bei Placenta praevia lateralis meist das Sprengen der Blase genügte. Bezüglich der Technik ist zu bemerken, daß der Braunsche Ballon stets intraovulär zu liegen kommt und mit 500—650 ccm sterilen Wassers gefüllt und mit einem Gewicht von 600—800 g belastet wird. Der Ballon soll 1. tamponieren, 2. Wehen anregen. Die Technik der Einführung ist nach Hannes leicht, jedenfalls leichter als die kombinierte Wendung, die Blutung ist gering, „niemals sind wir auf Schwierigkeiten gestoßen". Die Metreuryse konnte unter 246 Fällen 143mal angewandt werden (60%). Die mütterliche Mortalität mit 5,5% ist also nicht besser als die mit der Wendung erzielten Resultate, und zwar starben 2 Frauen an Luftembolie, 1 infolge Herzfehlers, 1, die sehr ausgeblutet eingeliefert wurde, an Anämie, eine andere verblutete sich aus einem Cervixriß, der, wie Hannes selbst zugibt, durch zu heftigen Zug am Metreurynter entstanden war. Schließlich starben 3 Frauen an Sepsis, von welchen man mindestens eine der Methode zur Last legen kann.

Von den 143 Kindern scheidet Hannes 29 als lebensunfähig aus. Von den noch übrigen 114 kamen 54 tot zur Welt, von diesen waren wieder 16 bereits vorher tot oder sterbend, so daß 38 Kinder während der Geburt abstarben. Von diesen will Hannes wieder 12 als bereits vor Beginn der Behandlung geschädigt ausscheiden, so daß nur 26 Kinder der Methode zur Last fielen! Er hält daher die Metreuryse für die beste aller zurzeit existierenden Behandlungsarten. Auch Pfannenstiel[94]) befürwortete die Metreuryse, doch hält er die Technik nicht für so einfach wie Hannes. Auch andere Autoren scheinen bei der Einführung des Metreurynters auf Schwierigkeiten gestoßen zu sein und empfehlen daher die Methode nur für die Klinik resp. dem spezialistisch geschulten Arzt, so Sigwart[119]), Ohlshausen-Weischer[134]), Richter[100]). Henkel[45]) ist der Ansicht, daß die kombinierte Wendung mit einem Finger leichter sei als die Einführung des Metreurynters, auch schütze der Ballon nicht vor den nachträglichen Blutungen. Nach Zweifels[140]) Berechnungen ist der mittlere Blutverlust bei der Ballonmethode etwa doppelt so groß wie bei dem Verfahren nach Braxton Hicks, und zwar blutet es bei der Einführung und nach der Ausstoßung des Ballons, sowie bei der nachher meist noch nötigen Wendung, während die kombinierte Wendung nur einen Eingriff darstellt, der infolgedessen weniger Blut koste. Krönig[61]) glaubt, daß die Metreuryse sowohl als die Wendung nicht imstande seien, die Hauptgefahr zu beseitigen und diese bestehe in den Blutungen während der Nachgeburtsperiode. Auch in Frankreich findet die Metreuryse vielfach Verwendung, doch benutzt man hier den unelastischen Ballon nach Champetier, die Resultate sind etwa die gleichen wie an unseren Anstalten, ein geringes Sinken der kindlichen Mortalität, Gleichbleiben der mütterlichen Mortalität.

Während die Mehrzahl der Autoren sich dahin aussprechen, daß der Metreurynter stets nach Sprengen der Blase in der Eihöhle liegen müsse, damit er so den abgelösten Placentarlappen auf seine Unterlage andrücke und ein weiteres Ablösen verhindere, befürworten einige andere die extraovuläre Metreuryse. R. Freund[24]) hält das Sprengen der Blase vor Einführung des Ballons für überflüssig, Zimmermann[136]) führt den Ballon stets unter Schonung der Eiblase ein und hat auf diese Art in 28 Fällen alle Mütter und Kinder gerettet. Auch Füth[29]) spricht sich für die extraovuläre Einführung aus, welche selbst bei engem, nur für einen Finger durchgängigem Muttermund gelinge. Die Erweiterung desselben gehe danach stets leicht und schnell vonstatten. In 9 Fällen gelang so die Erhaltung von Mutter und Kind. Hauch[44]) erprobte an einem größeren Material beide Methoden. Er hält die extraovuläre Metreuryse für gefährlicher, da er häufiger Cervixrisse und Infektionen danach sah. Rieck[102]) sieht einen großen Vorteil der Metreuryse darin, daß man zu jeder Zeit die Geburt damit in Gang bringen könne. Auch eigne sich der Ballon gut zur Stillung von postpartalen Blutungen. Auch Zweifel[138]) wandte in letzter Zeit öfter die Metreuryse an und hat die früher ablehnende Stellung aufgegeben. Es gelang ihm in 3 Fällen von Placenta praevia totalis trotz Durchbohrung der Placenta mit dem Ballon alle Mütter und Kinder zu retten. Ferner wurden an der Charité von Thies[125]) Versuche mit dem Metreurynter gemacht, die zu ermutigenden Resultaten führten. Von 21 Fällen, welche nicht ausgesucht wurden, blieben alle Mütter am Leben, von den Kindern starben 14% resp. 7%, da ein Kind maceriert war. Ähnlich lauten die Resultate Schweitzers[107]), der unter 39 Fällen nur eine Mutter an Anämie und 26 resp. 12% der Kinder verlor.

Kaiserschnitt.

In der Mitte der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts wurde, zuerst von Amerika und Italien ausgehend, der klassische Kaiserschnitt zur Behandlung der Placenta praevia gefordert. Damals wurde in Deutschland von Schauta[105]), Ohlshausen und Zweifel[137]) diesem Vorschlag so energisch entgegengetreten, daß man längere Zeit nichts mehr davon hörte. Vor 5 Jahren haben Krönig[59]), Pankow[88]) und Sellheim[112]) diese operative Behandlung von neuem empfohlen und auch an

einer Reihe von Fällen mit gutem Erfolg angewandt. Sie stützten ihre Vorschläge auf die besonders von Aschoff[1]) vertretenen anatomischen Anschauungen über das Verhalten des untern Uterussegments bei Placenta praevia sowie auf die hohe Mortalitätsstatistik, die im Großherzogtum Baden eine mütterliche Sterblichkeit von 14%, in Kreis Waldenburg 15% und im Regierungsbezirk Koblenz 16,3% betrage. Ferner sei dies auch der beste Weg, die enorm hohe kindliche Mortalität, die ja sogar an Kliniken über 80% betrage, zu bessern. Pankow[82]) sprach zuerst in Köln 1908 den Gedanken aus, daß der beste Weg, eine weitere Dehnung des Isthmus zu verhüten, der sei, mittels Kaiserschnitt zu entbinden. Sellheim[112]) setzt an Stelle des klassischen corporalen Schnitts den cervicalen extraperitonealen Uterusschnitt. Er hält es für richtig, da einzuschneiden, „wo die Natur durch die Verdünnung des untern Uterusabschnittes den Weg dazu weise". Der Blutverlust war in 8 Fällen gering, „jedenfalls geringer als bei jeder andern Behandlungsmethode der Placenta praevia". Das direkte Freilegen der Placentarstelle gibt Sellheim die beste Gewähr für exakte Blutstillung, weil die Tamponade direkt unter Kontrolle des Auges vor sich geht. Die künstliche Ablösung der Placenta praevia vor der Vergrößerung ihrer Haftstelle durch die Wehen beschränkt die Blutung nach der Geburt auf ein Minimum. In besondern Fällen hat sich das Aufdrücken von Kompressen, die mit heißer Kochsalzlösung getränkt waren, aufs beste bewährt. In jedem Fall wurde nach der Entleerung des Uterus eine Uterus-Cervix-Scheidentamponade ausgeführt, so, daß der Uteruskörper mäßig, der Hals stärker, das Scheidengewölbe fest tamponiert wird, sobald nach der Entbindung und Lösung der Placenta die geringfügigste Blutung eintritt. Das Resultat der 8 Schnittentbindungen waren 8 lebende Mütter und 8 lebende Kinder. Infolgedessen stellt Sellheim die Forderung, jede Frau, bei der infolge Blutung und durch innere Untersuchung mit Bestimmtheit Placenta praevia festgestellt ist, durch extraperitonealen Uterusschnitt mit nachfolgender Tamponade der Placentastelle zu entbinden, sowie das Kind lebt und die Asepsis der Geburt gewahrt ist. Bei lebensunfähigem Kind versuche man durch Bettruhe die Lebensfähigkeit abzuwarten, bei Eintritt stärkerer Blutungen oder bei abgestorbenem Kind wende man nach Braxton Hicks. Auch bei lebendem reifem Kind und stark ausgeblutetem Zustand der Mutter hält Sellheim die Wendung für die sicherste Methode, dasselbe Verfahren empfiehlt er für infizierte Fälle. Infektionsverdächtige Fälle sollen erst 24 Stunden in „Quarantäne" gehalten werden. Auch Krönig[60]) hält die sofortige Entbindung mittels Kaiserschnitt bei Placenta praevia für die beste Behandlung, nur führt er stets den abdominalen Corpusschnitt aus, um die Blutung aus der leicht zerreißbaren Placentarstelle zu vermeiden. Auch er sieht in der Dehnung des untern Uterusabschnitts die Gefahr bei Placenta praevia und führt daher den Kaiserschnitt nur in den Fällen aus, wo diese Dehnung noch nicht zur völligen Eröffnung des Muttermundes geführt hat. Hier beendet auch Krönig die Geburt mittels Wendung und Extraktion. Für die Fälle, deren Asepsis nicht einwandsfrei ist, empfiehlt er bei hinten sitzender Placenta den vaginalen Kaiserschnitt, sonst die kombinierte Wendung. Blutet es nach der Geburt des Kindes, so soll man mit der manuellen Lösung der Placenta nicht lange zögern. Kommt auch dann die Blutung nicht zum Stehen, so versäume man nicht die Zeit mit der Tamponade, sondern mache schleunigst die Totalexstirpation oder die Unterbindung der Gefäße. Krönig hat den abdominalen Kaiserschnitt wegen Placenta praevia unter 79 Fällen 38 mal ausgeführt. Die Gesamtmortalität der Mütter betrug 2,5%, die der Kinder 2,9%. Von den durch Kaiserschnitt entbundenen starb keine Frau, alle lebensfähigen Kinder wurden gesund entlassen. Die Blutung war in allen Fällen gering, sie betrug im Durchschnitt 300 g, als Maximum 800 g. Runge[104]) machte auf Krönigs Vorschlag hin bei einer Patientin, die bei Einführen eines Metreurynter eine lebensgefährliche Blutung erlitten hatte, mit gutem Erfolg noch die ventrale Totalexstirpation. Reifferscheidt[99]) führte bei einer Erstgebärenden mit engem Muttermund den extraperitonealen Kaiserschnitt aus. Obwohl die Placenta durch den Schnitt in ganzer Ausdehnung getroffen wurde, war die Blutung

nicht erheblich, nach Ablösung der Placenta stand die Blutung auf Tamponade sofort. Für das Kind war allerdings der Erfolg kein guter. Es ging infolge der Verletzung der Placenta an Anämie zugrunde. Pinto[92]) in Alexandrien führte in einem Fall von heftigster Blutung aus der uneröffneten Cervix die Sectio caesarea nach Porro aus und erhielt Mutter und Kind am Leben. Henkel[47]) berichtet über einen glücklich verlaufenen Fall von Sectio caesarea cervicalis transperitonealis, doch hält er diese Operation nur bei reifem lebendem Kind für erlaubt, während er bei totem oder lebensunfähigem Kind das vaginale Operieren vorzieht. Fraipont[25]) (Lüttich) operierte in fünf Fällen von total vorliegender Placenta nach den Angaben von Sellheim. Eine Mutter ging an Anämie zugrunde, sie hatte schon vor der Operation viel Blut verloren, im übrigen wird die Blutung während der Operation als nicht nennenswert angegeben. Von den Kindern starb eines. An der Taufferschen[111]) Klinik wurde dreimal die Sectio caesarea wegen Placenta praevia totalis ausgeführt, einmal mit Erhaltung, zweimal mit Entfernung des Uterus. Die Frauen wurden gerettet. Die Operation wurde zweimal im Interesse des Kindes, einmal bei totem Kind nur im Interesse der Mutter vorgenommen. Pherson[91]) berichtet aus dem Lying-in Hospital in Neuyork über 12 Kaiserschnitte wegen Placenta praevia. Von diesen starb eine Mutter an Sepsis, drei Kinder tot, darunter ein frühgeborenes. Davis (Philadelphia) hatte Gelegenheit, den Kaiserschnitt in 7 Fällen von Placenta praevia auszuführen. In einem Teil der Fälle wurde der Uterus mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und tamponiert. Alle Mütter und Kinder blieben am Leben.

Im Jahre 1902 empfahl Bumm[126]) den vaginalen Kaiserschnitt auch zur Behandlung der Placenta praevia. Seitdem haben verschiedene Operateure, besonders Döderlein, Krönig, Henkel mehrfach diese Operation ausgeführt. Eine allgemeine Verbreitung hat sie aber nicht gefunden. Bumm selbst, ebenso wie Krönig[61]), ließen den vaginalen Kaiserschnitt wieder fallen, nachdem ihnen einige schwere Blutungen dabei vorgekommen waren. Nach dem Bericht von Thies[126]) wurde an der Charité unter 179 Fällen 12 mal vaginal operiert, wenn sich auch keine Mutter verblutete, so gerieten doch einige dabei in die größte Lebensgefahr. Krönig erlebte zwei Todesfälle infolge Verblutung nach vaginaler Hysterotomie. Auch Pankow und Sellheim verloren einige Frauen auf die gleiche Weise. Mehr Glück hat mit dieser Operation Döderlein[13]), welcher 34 Fälle ohne Todesfall auf vaginalem Weg operierte. Nach seiner Aussage war die Blutung in allen Fällen leicht zu beherrschen. Nach manueller Entfernung der Placenta wird Uterus und Cervix fest tamponiert und darüber der Schnitt geschlossen. Nachblutungen hat Döderlein bei diesem Vorgehen nie erlebt. Die Fälle wurden nicht ausgewählt, auf das Leben des Kindes wurde keine Rücksicht genommen, sondern auch bei unreifem und totem Kind operiert.

Das vaginale Operieren stellt zweifellos größere Anforderungen an die technische Ausbildung, insbesondere bereitet bei der vaginalen Hysterotomie die Blutstillung oft große Schwierigkeiten. Es sind deshalb auch verschiedene Vorschläge gemacht worden, die Blutung bei dieser Operation zu vermindern. Henkel[47]) empfiehlt die Abklemmung der Parametrien mittels Kugelzangen, die dann durch Zug die Arteria uterina komprimieren. Er wendet die vaginale Hysterotomie hauptsächlich bei unreifem Kind und Placenta praevia totalis an und perforiert den Kopf. Solms[121]) schiebt nach Umschneidung der Portio die Blase ab und klemmt beide Parametrien dicht am Uterus mit deutschen Klemmen ab. Dührßen[15]) empfiehlt für die Behandlung der Placenta praevia seinen Metreurynterschnitt, welcher ein sehr bequemes und blutsparendes Operieren ermöglicht, indem durch Zug an dem Ballon die Gewebe anämisch werden, ferner fallen die Kugelzangen und die durch diese gesetzten Verletzungen fort und schließlich läßt sich auf dem Ballon die Blase leicht abschieben. Sigwart[119]) benutzt zur Blutstillung nach Extraktion des Kindes den Momburgschen Schlauch, welcher schon vor der Operation lose umgelegt wird. Der Operateur kann dann in aller Ruhe die Placenta ablösen, tamponieren und die Wunde exakt versorgen.

In zwei Fällen von Placenta praevia centralis mit lebendem reifen Kind hat sich die Methode aufs beste bewährt. Auch aus der Münchner Klinik berichtet Seitz[116]) über 15 vaginale Kaiserschnitte bei Placenta praevia, bei welcher sich die Kombination mit dem Momburgschen Schlauch sehr segensreich erwies. Engelmann[17]) erlebte allerdings einen Versager mit dieser Methode, indem sofort nach Abnahme des Schlauches eine schwere Atonie eintrat.

Der Vorschlag von Krönig und Sellheim, bei der ersten Blutung bei Placenta praevia sofort operativ vorzugehen, stieß auf lebhaften Widerspruch bei allen übrigen Geburtshelfern und hat sich auch bis heute noch keine Anerkennung errungen. Die Entgegnungen nahmen teilweise heftige Form an. Martin[69]) wandte sich in einem offnen Brief an die beiden Autoren, in welchem er auf die Gefahren hinweist, die aus einer Trennung der praktischen und klinischen Geburtshilfe gerade bei Placenta praevia entspringen müßten. In der Regel hänge hier das Schicksal der Frau vom Handeln des zuerst zugezogenen Arztes ab und Zeit zur Verbringung in eine Anstalt sei oft nicht vorhanden. Es lasse sich in dieser Hinsicht die Placenta praevia nicht mit dem engen Becken oder der Eklampsie vergleichen. Auch hält Martin die Gefahr der Verblutung in der Praxis bei der jetzt üblichen Behandlung nicht mehr für so sehr groß, daß ein zwingender Grund vorläge, diese Therapie zu verlassen. Bockelmann[7]) unterstützt diese Ansicht. 50 Fälle von Placenta praevia konnte er ohne Todesfall nach Braxton Hicks durchbringen. Auch die Gefahr der Nachblutung werde sehr überschätzt, er habe unter seinen Fällen nur einmal Tamponade nötig gehabt. Zimmermann[136]) ist ebenfalls mit seinen Resultaten zufrieden und hält den Kaiserschnitt für unnötig. Unter 28 mit Hystereuryse behandelten Fällen konnte er alle Mütter und Kinder retten. Auch Pfannenstiel[94]) zweifelte daran, daß durch die Anwendung chirurgischer Verfahren die Resultate bei Placenta praevia gebessert werden könnten. Er glaubt, daß durch die voreilige Empfehlung derartiger schwerwiegender Änderungen in der Therapie nur Schaden gestiftet werde. Vor allem müsse der Kliniker die Methoden lehren, die für den Praktiker geeignet sind und somit auch selbst in der Klinik üben, damit er sie zu zeigen in der Lage sei. Die streng chirurgische Behandlung sei niemals in allen Fällen durchführbar und werde an den Schwierigkeiten der praktischen Verhältnisse scheitern. Der Kaiserschnitt komme nur in Frage bei lebendem reifem Kind und langer, starrer Cervix.

In der Wiener gynaekologischen Gesellschaft hielt Novak[79]) am 1. Mai 1909 einen Vortrag über das Thema: „Bedeutet der Kaiserschnitt einen Fortschritt in der Therapie der Placenta praevia?“ Auf Grund seiner statistischen Zusammenstellung und bei Berücksichtigung der Sectio caesarea-Mortalität beim engen Becken kommt er nach Anführung einer Reihe von Umständen, die gegen die ausgedehnte Anwendung der Sectio caesarea sprechen, zu folgenden Schlüssen: 1. Die Resultate der seitherigen rein geburtshilflichen Methoden sind hinsichtlich der Mütter so günstig, daß sie auch durch die Sectio caesarea nicht gebessert werden dürften. 2. Die hohe kindliche Mortalität erscheint bei Betrachtung der näheren Umstände in milderem Licht, so daß nur in seltenen Fällen auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter die Operation in Frage käme. 3. In den meisten Fällen kommt die Sectio caesarea wegen verschiedener Hindernisse (Fieber, verdächtige Tamponade, hochgradige Anämie) nicht in Frage. 4. Von den einzelnen Methoden des Kaiserschnitts erscheint Novak der klassische als der geeignetste. In der Diskussion zu diesem Vortrag besprach Schauta[105]) das Material der I. Wiener Klinik unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeit der Sectio caesarea. Da seiner Ansicht nach nur die schwersten Fälle für diese Operation in Frage kommen, so kämen von seinem Material nur 88 Fälle von Placenta praevia centralis in Betracht. Von diesen scheiden 63 als infektionsverdächtig von vornherein aus. Von den 88 Frauen starben 12, und zwar 9 an Verblutung, 2 an Sepsis, 1 an Embolie. Von den 9 Verbluteten waren 5 außerhalb untersucht, infolgedessen infektionsverdächtig, die letzten 4 kamen so ausgeblutet in die Klinik, daß eine Laparotomie ausgeschlossen

erschien. Schauta kommt auf Grund dieses Rechenexempels zu der Überzeugung, daß unter seinem Material von 53 000 Geburten kein Fall von Placenta praevia sich befindet, bei dem er den Kaiserschnitt für indiziert gehalten hätte.

Hannes[40]) ist mit seinen Erfolgen mit Metreuryse so zufrieden, daß er sich noch nicht genötigt sah, den Kaiserschnitt auszuführen. Auch die Dresdner Schule lehnt die chirurgische Behandlung ab. Richter[100]) wendet sich „gegen das verwirrende Streben nach Neuerungen, zumal diese nicht einmal einen Fortschritt bedeuten". Er bewertet das Leben des Kindes so gering, daß er es im Interesse der Mutter opfern zu dürfen glaubt. Als wichtigsten Grundsatz stellt er die sofortige Entbindung bei der ersten Blutung auf, und zwar wendet er die Metreuryse nur an bei lebendem, reifem Kind, sonst stets die kombinierte Wendung. Auf diese Weise verlor er nur eine Frau, die außerhalb infiziert war, an Sepsis, keine an Anämie. Thies[126]) hält die Ausführung des Kaiserschnitts, von seltenen Ausnahmen abgesehen, für unnötig und in der allgemeinen Praxis überhaupt für undurchführbar. Bei Erstgebärenden und Frauen mit sehr rigider Portio wurde in 12 Fällen der vaginale Kaiserschnitt mit gutem Erfolg angewandt. Zweifel[140]) verhält sich nicht prinzipiell ablehnend gegenüber dem Kaiserschnitt. Er würde ihn aber nur ausführen bei engem, starrem Muttermund, lebendem, reifem Kind, in reinen Fällen und nur bei total vorliegender Placenta. In letzter Zeit hat er die Operation auch zweimal mit gutem Resultat ausgeführt. Er bevorzugt den transperitonealen Weg. Außerdem war er sechsmal gezwungen, den Uterus wegen schwerer Blutung total zu exstirpieren, davon dreimal mit Erfolg. Jung[54]) befürwortet für die nicht bedrohlichen Fälle von Placenta praevia die Metreuryse, sonst aber den vaginalen Kaiserschnitt. Er hat nie einen Mißerfolg damit gehabt. Den abdominalen Kaiserschnitt weist er zurück, da dies ein viel größerer Eingriff sei. Auch in früheren Schwangerschaftsmonaten hat sich die Ausräumung des Uterus durch Schnitt als vorteilhaft erwiesen.

Veit[130]) ist ein Gegner der chirurgischen Entbindungsmethoden bei Placenta praevia, speziell weist er den Kaiserschnitt mit Entschiedenheit zurück, den er den „Sportliebhabern" überläßt. Er ist mit den Resultaten der Wendung zufrieden, scheut allerdings auch einen Cervixriß nicht im Vertrauen auf seine Nahtmethode. Auch Franz[22]) bestaunt den Mut Krönigs, die meisten Fälle von Placenta praevia mit dem Kaiserschnitt zu entbinden. Er kann die Verantwortung nicht übernehmen, da er mit einfacheren Methoden auch seinen Zweck erreicht. Erst wenn Krönig durch hunderte von Fällen beweist, daß durch den Kaiserschnitt die Resultate für Mutter und Kind bei Placenta praevia sehr viel besser werden als durch andere Methoden, wird auch er den Kaiserschnitt ausführen. Für Fehling[20]) ist die Metreuryse das gegebene Verfahren, der Kaiserschnitt kommt nur in seltenen Ausnahmsfällen in Frage, für den praktischen Arzt kommt er jedenfalls gar nicht in Betracht. Hofmeier[52]) fühlt ebenfalls kein Bedürfnis, die bisherigen klinischen Behandlungsmethoden zugunsten einer rein chirurgischen Behandlung zu ändern. Er glaubt, daß in den weitaus meisten Fällen der Kaiserschnitt ganz unnötigerweise gemacht werde, da der Verlauf der Geburt bei Placenta praevia in keiner Weise vorauszusehen sei. Das gleiche gelte von der Kolpohysterotomie. Besonders sei man hier vor gelegentlich auftretenden Nachblutungen auch nicht gesichert. Nach dem Referat von Couvelaire[10]) ist auch in Frankreich die Mehrzahl der Geburtshelfer bei Placenta praevia bis auf den heutigen Tag den rein geburtshilflichen Methoden treu geblieben. Diese bestehen in breiter Zerreißung der Eihäute, Einführung eines unelastischen Ballons in die Eihöhle oder Wendung nach Braxton-Hicks ohne nachfolgende Extraktion. In der gesamten französischen Literatur fand C. nur zwei Fälle von Sectio caesarea abdominalis und vier vaginale Hysterotomien verzeichnet, die wegen Placenta praevia vorgenommen waren.

Überblicken wir zum Schluß noch einmal die wichtigsten Ergebnisse für die Therapie der Placenta praevia, so müssen wir folgendes feststellen. Es ist Krönig,

Sellheim, Döderlein und ihrer Schule nicht gelungen, die übrigen Geburtshelfer von der Notwendigkeit der prinzipiell chirurgischen Behandlung zu überzeugen. Nach wie vor halten die übrigen Kliniker und die Ärzte der Praxis an den alten Methoden fest, zu welchen in erster Linie die kombinierte Wendung und die Metreuryse zu rechnen sind. Beide ergeben für die Mütter bei frühzeitiger, konsequenter Anwendung immer bessere Resultate, sind doch schon Serien von über 100 Fällen von Placenta praevia auf diese Weise sowohl in der Klinik als auch in der Außenpraxis mit einer Mortalitätsziffer von 1% und darunter veröffentlicht. Auch die früher so außerordentlich hohe Kindersterblichkeit läßt durch die Anwendung der Metreuryse noch eine weitere Besserung erhoffen. Auf der anderen Seite scheinen die konservativen Geburtshelfer ihre prinzipiell ablehnende Stellung gegenüber dem Kaiserschnitt nach und nach aufzugeben, wenn sie auch die Operation nur für Ausnahmefälle gelten lassen. „Ein so vielgestaltiges Bild wie das der Placenta praevia verlangt auch verschiedene Behandlungsarten. Es ist nicht richtig, sich auf eine einzelne Methode festzulegen. Der Wunsch Krönigs, daß die Frauen bereits bei den ersten Blutungen gleich klinische Hilfe aufsuchen, wird wohl stets utopisch bleiben. Auch wird der praktische Geburtshelfer sicher nicht damit einverstanden sein, daß ihm eben die Fälle entgehen, für die er einfache Methoden genug besitzt, um auch unter den beschränktesten Verhältnissen zweckmäßig und rasch eingreifen zu können. Gerade die Behandlung der Placenta praevia ist eine der dankbarsten und erfolgreichsten, da hier der ärztliche Eingriff mit einer gewissen Sicherheit und meist ohne jedes Instrument vorgenommen, die schwerbedrohte Frau aus einer unmittelbaren Lebensgefahr errettet.“ (Richter.)

Literaturverzeichnis.

1. Aschoff, Die Dreiteilung des Uterus. Berl. klin. Wochenschr. 1907, Nr. 31; Verhandl. der patholog. Gesellschaft 12, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 263.
2. Baux, Revue mens. de Gyn. 12, Nr. 12. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1902, S. 515.
3. Bauer, Zur Blutsparung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 42.
4. Baisch, Die Therapie der Plac. praevia. Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 3.
5. Bayer, Zur Lehre vom Isthmus. Hegars Beiträge 14, Heft 3.
6. Blumreich, Zur Reform der Plac. praevia Therapie. Berl. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 9.
7. Bockelmann, 50 Fälle von Plac. praevia ohne Todesfall. Berl. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 1.
8. Bröse, Vortrag, Berl. Gynaekol. Ges. 8. XI. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 658.
9. Cermanovic, (Serbisch). Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 483.
10. Couvelaire, Ref. auf dem intern. Gynaekol. Kongr. Ref. in Zentralbl. 1912, S. 1313.
11. Parker Davis, Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 36, H. 4.
12. Döderlein, Vortrag auf der 82. Naturforscherevers. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1377.
13. —, Plac. praevia und Hysterotomia ant. vag. Archiv f. Gynaekol., 92, H. 1.
14. Dührßen, Zur Behandlung der Plac. pr. Berl. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 50.
15. —, Der Uretreurynterschnitt. Berl. klin. Wochenschr. 1912, Nr. 37.
16. Esch, Luftembolie bei Plac. praevia (Paradoxe Embolie). Zentralbl. 1909, S. 1265.
17. Engelmann, Zur Bedeutung der Mombergschen Blutleere. Archiv f. Gynaekol. B. 90.
18. — 3 Fälle von schwerer intrauteriner Blutung bei Plac. pr. Med. Klinik 1913.
19. Faddejewa, Bericht aus Klinik Tauffer. Wratsch 1911. Ref. in Zentralbl. 1911, S. 1142.
20. Fehling, Über die Behandlung der Plac. pr. Straßb. med. Zeitschr. 1910, Nr. 1.
21. Fießler, Zur Behandlung der Plac. praevia. Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 4.
22. Fraipont, Revue mens. gyn. 1910, Nr. 9. Ref. in Zentralbl. 1911, S. 919.
23. Franz, Disk.-Bem. Gyn. Ges. Halle 16. I. 1910. Ref in Zentralbl. 1910, S. 356.
24. R. Freund, Vortrag, Gyn. Ges. Leipzig, 18. XII. 1907. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 340.
25. — Über Plac. praevia. Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 4.
26. Frigyesi, Vortrag, Budapester Gynaekol. Ges. 26. X. 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 586.
27. — Mitteilungen aus der II. Budapester Frauenklinik. Ref. ib. 1912, S. 147.

28. Fruhinsholz, Revue pract. obst. 1909, Nr. 1. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1659.
29. Füth, Plac. praevia im Reg.-Bez. Coblenz. Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 334.
30. Gall, Pituglandol bei Pac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 334.
31. Glaeveke, Die Resultate der Plac. praevia Beh. In.-Diss. Kiel 1912.
32. Gellrich, Die Hystereuryse bei Plac. praevia. Inaug. Diss. Breslau 1909.
33. Goldberg, Petersburger med. Zeitschr. 1910, Nr. 27. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 133.
34. Guggisberg, Beitrag zur Beh. der Plac. pr. Schweizer med. Rundschau 1910, Nr. 7.
35. Gussakow, Kritische Beurteilung. Monatsschr. f. Geb. 32, 3.
36. Gussew, Journal f. Geb. (Russisch) 1909, Nr. 7. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1544.
37. Hannes, „Hystereuryse oder Brakton Hicks". Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 1382.
38. — „Was leistet die moderne Therapie". ib. 1909, S. 73.
39. — Methode und Erfolge der Hystereuryse. Med. Klinik 1908, Nr. 28.
40. — Bemerkungen zur Arbeit Pankows. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 754.
41. — Erwiderung auf die Bemerkung Pankows. ib. 1909, S. 1068.
42. Hammerschlag, Vortrag, Gynaekol. Kongreß 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 979.
43. — Zur Behandlung der Plac. praevia. Med. Klinik 1908, Nr. 17.
44. Hauch, Über die Behandlung der Plac. praevia. Monatsschr. f. Geb. B. 31, H. 5.
45. Henkel, Die Therapie der Plac. praevia. Archiv f. Gynaekol. 86, H. 3.
46. — Vortrag, Gynaekol. Ges. Jena, Oktober 1910. Ref in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911 S. 73.
47. — Zur operativen Therapie der Plac. praev. Archiv f. Gynaekol. 90, H. 3.
48. Heil, Die Tamponade bei der Behandlung der Plac. praev. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 5.
49. Hirsch, Über Plac. praevia. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 42.
50. Hoehne, Zur Ätiologie der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 340.
51. — Vortrag, XIV. Kongreß der deutschen Ges. f. Gynaekol. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1358.
52. Hofmeier, Zur Therapie der Plac. praevia. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 26.
53. Horváth, Vortrag, Gynaekol. Ges. Budapest 28. XI. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1033.
54. Jung, Vaginale Methoden in der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 45.
55. Jolly, Vortrag. Berliner gynaekol. Ges. 26. VII. 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1568.
56. —, Die Entwicklung der Plac. praevia. Archiv f. Gynaekol. 93, S. 69.
57. Jaschke, Placenta isthurica. Zeitschr. f. Geb. 67, Heft 3.
58. Klages, Uterus bicornis bei Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 163.
59. Krönig, Zur Behandlung der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 1497.
60. —, Zur Klinik der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 505.
61. —, Metreuryse bei Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1177.
62. —, Kaiserschnitt bei Plac. praevia. Berliner klin. Wochenschr. 1900, Nr. 1.
63. —, Vermeintlicher Fortschritt und Rückzug. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 436.
64. —, Die Unterbindung zuführender Gefäße. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1575.
65. Kouwer, Vortrag. Niederländ. gynaekol. Ges. 19. I. 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 860.
66. Loew, Ein Beitrag zur Therapie der Plac. praevia. In.-Diss. Würzburg 1912.
67. Lumpe, Bemerkung zur Ätiologie der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1721.
68. Löwenstein, Die konservativen Behandlungsmethoden. In.-Diss. Heidelberg 1911.
69. A. Martin, Offener Brief an Krönig und Sellheim. Monatsschr. f. Geb. 28, Heft 6.
70. Maison, Therapie der Plac. praevia. In.-Diss. München 1908.
71. Masel, Zur Ätiologie der Plac. praevia. In.-Diss. Freiburg 1910.
72. Markowsky, Festschrift für Prof. v. Ott. Russisch. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 782.
73. R. Meyer, Disk.-Bem. Berliner gynaekol. Ges. 26. III. 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1568.
74. —, Bemerkungen zu der Arbeit Höhnes. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 538.
75. Mende, Statistik der Plac. praevia in Waldenburg. Therap. Monatsh. 1906.
76. Mussatow, Zur Behandlung der Plac. praevia. Wratschebuaja Gaz. 1912, Nr. 13. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913. S. 515.
77. Neu, Vortrag auf dem XIII. Kongreß der deutschen Ges. f. Gynaekol. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 986.
78. Niyhoff, Vortrag in der niederl. Ges. f. Gynaekol. am 19. I. 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 852 u. 1432.

79. Nowak, Erfolge der II. Wiener Klinik bei der Behandlung der Plac. praevia. Vortrag in der Wiener Gynaekol. Ges. 11. V. 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1708.
80. —, Bedeutet der Kaiserschnitt einen Fortschritt. Archiv f. Gynaekol. 89, Heft 1.
81. Olow, Zur Diskussion über die Behandlung der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 439.
82. Pankow, Demonstration auf der 80. Naturforscherversammlung. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 1366.
83. —, Über Plac. praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. 64, Heft 2.
84. —, Erwiderung auf die Bemerkungen von Hannes. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 932.
85. —, Demonstration. Gynaekol. Ges. Halle 16. I. 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 354.
86. —, Der Isthmus uteri und die Plac. isthmica. Hegars Beiträge 15, Heft 2.
87. —, Ein weiterer Fall von Plac. isthmica totalis et cervicalis. ib., Heft 3.
88. —, Isthmus placenta und Kaiserschnitt. ib. 16, Heft 1.
89. —, Über die anatomischen Grundlagen der Plac. praevia-Behandlung. Vortrag auf dem VI. internationalen gynaekol. Kongreß. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912. S. 1316.
90. Peters, Zur Vermeidung der Luftembolie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1506.
91. Pherson, 12 Fälle von Sectio caesarea bei Plac. praevia. Americ. journal of obstet. Juni 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1409.
92. Pinto, Über einen Fall von Sectio caesarea bei Plac. praevia. Gynaekol. Rundschau 1910, Heft 3.
93. Piscaseck, Diskussion zum Vortrag von Nowak in der Wiener Gynaekol. Ges. 11. V. 1909, s. d.
94. Pfannenstiel, Zur Behandlung der Plac. praevia. Monatsschr. f. Geb. 29, Heft 3.
95. —, Über die geburtsh. Hilfsoperationen bei geschlossenem Muttermund. ib. 30, Heft 5.
96. Pruskà, Die Therapie der Plac. praevia. Casopis lékarno ceskych 1910, Nr. 50. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1325.
97. Recasens, Revue mens. de Gynaekol. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 25.
98. v. Reding, Über die Ergebnisse der Behandlung der Plac. praevia. Diss. Basel 1907.
99. Reifferscheidt, Extraperitonealer Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1145.
100. Richter, Zur Therapie und Prognose der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 759.
101. J. Richter, Zur Klinik der Plac. praevia. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 3.
102. Rieck, Kombinierte Wendung und Metreuryse. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 991.
103. Roth, Vermeintlicher Fortschritt und Rückzug. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 271.
104. Runge, Ventrale Totalexstirpation des gebärenden Uterus bei Plac. praevia mit unstillbarer Blutung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1067.
105. Schauta, Diskussion zum Vortrag von Nowak (s. d.). Wiener Gynaekol. Ges. 11. V. 1909.
106. — Vorträge über Geburtshilfe. Wiener med. Wochenschr. 1911, Nr. 10 u. 11.
107. Schweitzer, Bericht über 100 Fälle von Plac. praevia aus Zweifels Klinik. Gynaekol. Ges. Leipzig 20. II. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 927.
108. — Zur Behandlung der Plac. praevia. Archiv f. Gynaekol. 94, Heft 3.
109. — Zur Plac. praevia Therapie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 793.
110. Schwarz, Mechanismus und Behandlung der Plac. praevia. Amer. journ. of obst. and dis. of w. and children 1912 Dez. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 515.
111. Scipiades, Während der Geburt durch Laparotomie behandelte Placenta praevia-Fälle. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1425.
112. Sellheim, Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Plac. praevia und ihre Verminderung durch den extrap. Uterusschnitt. Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 1297.
113. — Brauchbares Kennzeichen der Plac. praevia. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 40.
114. — Die Blutstillung während der Placentarperiode bei Plac. praevia und tiefem Sitz der Placenta. Gynaekol. Rundschau 1909, Heft 2.
115. — Diskussion zum Vortrag Döderleins (s. d.). 82. Naturforscherversammlung.
116. Seitz, Über Weichteilschwierigkeiten usw. Archiv f. Gynaekol. 90, Heft 1.
117. Shaw, 100 Fälle von Plac. praevia. Practitioner 1912. Ref. in Zentralbl. 1912, S. 1173.
118. Sibille, Bericht aus der Klinik Baudeloique. Diss. Paris 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1652.
119. Sigwart, Zur Behandlung der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 929.
120. Skutsch, Diskussion zum Vortrag von R. Freund (s. d.). Gynaekol. Ges. Leipzig 18. XII. 1907.
121. Solms, Zum Ausbau der chirurgischen Ära. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1558.
122. Stein, Leitung der Placentarperiode bei Plac. praevia. Diss. Freiburg 1910.
123. Sternik, Luftembolie bei Plac. praevia. Diss. Basel 1908.
124. Thies, Zur Behandlung der Plac. praevia. Monatsschr. f. Geb. 29, Heft 3.

125. Thies, Die Metreuryse bei Plac. praevia. Charité Annalen 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1339.
126. — Zur Behandlung der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 232.
127. Trapl, Hypophysenextrakt bei Plac. praevia. Monatsschr. f. Geb. 36, Heft 4.
128. Treub, Die Methode Bounaire bei Plac. praevia. Vortrag in der niederländ. Gynaekol. Ges. 12. IV. 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 1427.
129. Veit, Diskussion zum Vortrag Pankows (s. d.). Gynaekol. Ges. Halle 16. I. 1910.
130. — Über Plac. praevia-Behandlung. Berliner klin. Wochenschr. 1909, Nr. 47.
131. — Diskussion zum Vortrag Henkels (s. d.). Gynaekol. Ges. Jena X. 1910.
132. — Diskussion zum Vortrag Schweitzers (s. d.). Gynaekol. Ges. Leipzig.
133. Wegelius, Zur Diskussion über die Behandlung der Plac. praevia. Prakt. Ergebn. d. Geb. 3, Heft 1.
134. Weischer, Bericht aus der Klinik Ohlshausen. Zeitschr. f. Geb. 67, Heft 2.
135. Zabala, Kaiserschnitt bei Plac. praevia. Archiv de Cinecopotia 1912, Nr. 26.
136. Zimmermann, Zur Therapie der Plac. praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 340.
137. Zweifel, Vortrag. Gynaekol. Ges. Leipzig 17. II. 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 677.
138. — Über Gefahren und Behandlung der Plac. praevia. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 48.
139. — Diskussion zum Vortrag von Pankow (s. d.) in der Gynaekol. Ges. in Halle 16. I. 1910.
140. — Diskussion zum Vortrag Henkels (s. d.) in der Gynaekol. Ges. in Jena. Oktober 1910.
141. — Diskussion zum Vortrag Couvelaires (s. d.). Internationaler Gynaekol. Kongreß 1912.

II. Die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Placenta.

Die vorzeitige Placentarlösung ist nicht so selten, als es nach früheren Angaben scheinen möchte. Steffens[56]) sammelte seinerzeit 272 Fälle, Herzfeld[27]) konnte aus der neueren Literatur 250 Fälle zusammenstellen. Bubis[7]) fand unter 6455 Geburten des Rotundahospitals in Dublin 36 mal vorzeitige Placentarlösung, am Lying-in Hospital in Dublin unter 156 000 Geburten keinen derartigen Fall verzeichnet. Am Lying-in Hospital in Neuyork wurde die Anomalie unter 60 000 Geburten 68 mal festgestellt. Schirmunsky[46]) berichtet aus der Münchner Universitätsfrauenklinik über 19 Fälle frühzeitiger Placentarlösung bei normalem Sitz, so daß der Fall auf je 500 Geburten einmal eintrifft. Nach Zaharescu[55]) beträgt die Häufigkeit in Bukarest 24 Fälle auf 40 000 Geburten, was etwa einem Verhältnis von 1 : 1700 entspricht. Die mütterliche Mortalität wurde früher von Braxton-Hicks auf 65,2% berechnet, Goodell[23]) gab 51% an, Convelaire[10]) auf dem letzten internationalen Gynaekologenkongreß in Berlin 20%. Nach Charles[8]) beträgt die mütterliche Mortalität 50%, nach Zaharescu 30%. Limbacher[34]) berichtet über 27 Fälle vorzeitiger Placentarlösung, von dieser starben 4 Mütter (14%). Von den 19 Müttern Schirmunskys[46]) starb keine. Noch schlechter steht es mit den Lebenschancen der Kinder, von welchen im allgemeinen 80—95% zugrunge gehen. Zweifel[56]) sieht in der atonischen Nachblutung die Klippe, an der diejenigen Mütter, welche die erste Blutung überstanden haben, häufig noch scheitern. Er verlor von 22 Frauen 7, davon 4 an Atonie. Im ganzen sah er 9 schwere atonische Nachblutungen auftreten. Die Neigung zum Erschlaffen der Uterusmuskulatur erklärt Zweifel mit der hochgradigen allgemeinen Anämie. Auch Döderlein[14]) sah ähnliche Zufälle auftreten. Bekanntlich hat Winter zuerst auf den Zusammenhang der vorzeitigen Placentarlösung mit Nierenerkrankungen hingewiesen, und Fehling[19]) stellte das habituelle Absterben der Frucht infolge Placentarveränderungen bei chronischer Nephritis fest. Zweifel[57]) fand unter 22 Fällen den Harn 13 mal frei von Eiweiß. „Es kann also doch die Nephritis nicht als einzige Erklärung der vorzeitigen Placentarlösung ausreichen.“ Von anderer Seite werden mechanische Momente zur Erklärung herangezogen. So findet man mehrfach Hydraminon [Pulvirenti[44])], in anderen Fällen Zwillinge [Heimann, Nádory[41])], sowie Querlage [Skrobansky[49]), Basset[2])] als Ursache angegeben. Zweifel will diese letzteren Momente nicht gelten lassen, weil hier ursächlich völlig andere Verhältnisse vorliegen. Hier komme die Ablösung zustande durch die

plötzliche Zusammenziehung der Gebärmutter. Auch die nachweislich durch ein Trauma entstandenen Ablösungen der Placenta [Pulvirenti[44]), Voron[54]), Haertel[26])] nehmen eine Sonderstellung ein. Ebenso wird von manchen Autoren eine abnorm kurze Nabelschnur zur Ätiologie in Beziehung gebracht. So fand Skrobantsky[49]) in einem Fall als einzige Anomalie eine Nabelschnur von 42 cm Länge, die zweimal um den Hals des Foetus lag. Bickle[5]) beschreibt einen Fall, in dem die Länge der Nabelschnur nur 24 cm betrug. Diese war fünfmal um den Hals des Foetus geschlungen. In den Fällen spontaner Ablösung findet man häufig Veränderungen an der Placenta. Die erste Mitteilung hierüber stammt von Hans Meyer[38]), der in zwei Fällen Endometritis decidualis fand. von Weiß[52]) stellte fest, daß sowohl die Schwangerschaftsniere als auch die Nephritis unter Anregung exudativer und degenerativer Veränderungen der Placenta zur vorzeitigen Ablösung führe. Gottschalk[22]) äußerte sich dahin, daß als Ursache der vorzeitigen Ablösung ausgedehnte nekrobiotische Vorgänge in der Decidua basalis Platz greifen, wodurch die Verbindung zwischen Placenta und Haftstelle gelockert werde. Andererseits werde durch die Anhäufung von Zerfallsprodukten im zirkulierenden Blut gerade die Nierenstörung hervorgerufen. Diese entwickle sich um so leichter, wenn die Ernährungsstörung der Decidua gleichzeitig zu ausgedehnter Verstopfung größerer arterieller Bahnen führe. Auch Schickele[45]) fand als wesentlichen Grund der vorzeitigen Placentarlösung Ernährungsstörungen der Decidua, die deren Zellen zum Absterben bringen. Barchet[4]) glaubt, daß dieselben chemisch-topischen Stoffwechselprodukte des Foetus, die zu Nieren- und Leberschädigungen führen, auch die Ursache der obenerwähnten Veränderungen in der Decidua sind. Die vorzeitige Placentarlösung ist also nach den neuesten Forschungen als eine Teilerscheinung der Graviditätstoxikosen zu betrachten. In seltneren Fällen scheint die vorzeitige Ablösung auch auf rein mechanischem Wege vor sich zu gehen, wie oben erwähnt, doch sind diese beiden Arten völlig zu trennen, da sie ätiologisch und anatomisch nichts gemeinsam haben.

Die Diagnose ist in den Fällen, wo jede Blutung nach außen fehlt, schwer zu stellen. Plötzlicher Kollaps, rasche Vergrößerung des Uterus, der sehr druckempfindlich wird und eine holzartige Konsistenz aufweist, bilden die auffälligsten Symptome. Differentialdiagnostisch kommen nach Zweifel[57]) in Frage: Bauchhöhlenschwangerschaft mit Bersten des Fruchtsacks, Uterusruptur, Perityphlitis in Graviditate, Stieldrehung eines Ovarialkystoms, Stieldrehung der Tuben bei Schwangerschaft und Gangrän der Tuben. Hierbei kann das äußere Bild, die Schmerzen und der Kollaps, ebenso groß sein wie bei vorzeitiger Placentarlösung, doch fehlen dann die Zeichen der inneren Blutung. Zuweilen werden andere innere Blutungen fälschlich für eine vorzeitige Placentarlösung gehalten, so in dem Falle von Wesenberg[51]), wo es sich um ein geplatztes Aneurysma der Milzarterie handelte.

Blutet es dagegen auch nach außen, so wird meistens eine Placenta praevia angenommen. Erst der negative Befund der inneren Untersuchung führt dann zur richtigen Diagnose. Doch kann auch, wie Engelmann[18]) kürzlich mitteilte, bei Placenta praevia die Blutung nach innen erfolgen, so daß es dann zu dem gleichen Symptomenbild kommt wie bei der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta. Im allgemeinen wird die Schwere des Allgemeinzustands den Arzt auf die drohende Gefahr hinweisen. Daß eine Hebamme alle diese Symptome für Verstellung hält und, wie Pinard[43]) berichtet, die Frau unentbunden verläßt, dürfte sonst kaum vorkommen. Auch in dem von Lepage[32]) veröffentlichten Fall war die Verkennung der Gefahr seitens des Arztes schuld an dem tödlichen Ausgang.

Zuweilen kommt es im Anschluß an die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta zum Prolaps derselben, d. h. sie wird vor dem Kinde geboren. Diese Anomalie ist so selten, daß sie in vielen Lehrbüchern der Geburtshilfe gar nicht erwähnt wird. Nach Münchmeyer[39]) darf man nur dann von einem Vorfall der Placenta sprechen, wenn dieselbe bei regelrechtem Sitz und ausgetragenem Kind am Ende der Schwanger-

schaft vor dem Kinde geboren wird. Gegen diese Ansicht wendet sich Kayser[29]). Nach seiner Meinung besteht das Wesentliche des Placentarprolapses darin, daß eine totale Lösung der Placenta stattfindet, bevor die Frucht den Uterus verlassen hat, und daß die gelöste Placenta auf oder im Muttermund liege. Dabei muß Placenta praevia ausgeschlossen sein. Absolut beweisend für regelrechten Sitz ist nach Basset[2]) eine vorausgegangene innere Untersuchung bei völlig erweitertem Muttermund, ferner der Befund an den Eihüllen, wobei der Eihautriß in einer gewissen Entfernung von der Placenta sich befinden muß. Schließlich die Austastung des Uterus und die Obduktion. Die Ursachen des Placentarprolapses sind bereits oben bei Besprechung der vorzeitigen Lösung angegeben. Osterloh[42]) teilt einen Fall mit, bei dem Hydramnion und Fußlage als einzige Ursache in Betracht kamen, auch bei dem Fall von Stern[50]) handelte es sich um Hydramnion und Querlage, ebenso in dem von Gans[21]) mitgeteilten Fall. Hartmann[25]) macht die chronische Nephritis verantwortlich für die vorzeitige Ablösung der prolabierten Placenta. Heimann[42]) und Krull berichten über je einen Fall von Placentarprolaps bei Zwillingen, wobei nach der Geburt des ersten Kindes beide Placenten vorfielen. Vorbedingung für den Prolaps der Placenta ist, daß das untere Uterinsegment frei ist, daher finden wir die Anomalie besonders bei Fuß- und Querlage. Die dem Vorfall vorausgehende Blutung ist meist sehr gering, zuweilen fehlt sie ganz, wie in dem Fall von Osterloh[42]). Auch in den von Malfarlane[35]) und Stern[50]) veröffentlichten Fällen fehlte jede Blutung nach außen, dagegen berichten Hartmann[25]) und Basset[2]) über schwere vorausgehende Blutungen. Für die Mutter besteht außer der Gefahr der Verblutung noch die der Infektion, da die ganze Uterushöhle ihrer schützenden Bekleidung verlustig geht. Für die Kinder ist der Vorfall ebenso wie die vorzeitige Lösung meist delatär, doch können sie ausnahmsweise lebend geboren werden, wie in dem von Haak mitgeteilten Fall. Auch Hoffmann[28]) beobachtete, daß ein Kind 12 Minuten nach erfolgter Ablösung der Placenta noch intrauterin weiterlebte.

Die Therapie hat vor allem die Aufgabe, den Uterus möglichst rasch zu entleeren, um dadurch die Blutung aus der Placentarstelle zum Stehen zu bringen. In leichten Fällen und bei völlig eröffnetem Muttermund geschieht dies durch Wendung und Extraktion mit oder ohne nachfolgende Tamponade. Bei noch uneröffnetem Muttermund raten einzelne Autoren, die Blase zu sprengen, um dadurch weiteren Ablösungsbestrebungen vorzubeugen und den Druck im Uterus zu vermindern. Döderlein[14]) gelang es, auf diese Weise siebenmal weitere Ablösung der Placenta zu verhüten. Andere Autoren glauben, daß gerade die Spannung im Innern der Gebärmutter die Blutung in Schranken halte und verwerfen den Blasenriß. Auch zur Scheidentamponade hat man seine Zuflucht genommen, um durch sie Wehen anzuregen und so weiteren Blutabgang zu verhindern. Zweifel[57]) hält sie mit Recht für ganz wertlos, da sie nicht wie bei der Placenta praevia die blutende Stelle komprimiere. Aus dem gleichen Grund kann auch die Metreuryse zur Blutstillung nicht in Frage kommen. Wir müssen bei geschlossenem Muttermund versuchen, so schnell als möglich seine Erweiterung zu bewerkstelligen. In Frankreich verwendet man hierzu nach Frank[20]) sowohl die bimanuelle Dilatation nach Bonnaire, als auch den zugfesten Ballon von Champetier de Ribes. Herzfeld[27]) sieht in der Anwendung des Bossischen Dilatators einen großen Fortschritt, da es Jolly gelang, mit dessen Hilfe in 4 Fällen von vorzeitiger Placentarlösung alle Mütter und Kinder zu retten. Rascher und sicherer erreicht man die Eröffnung in der Klinik unter Anwendung der vaginalen Hysterotomie. Döderlein[14]) konnte auf diese Weise in 7 Fällen von vorzeitiger Placentarlösung alle Mütter retten. Zur Erleichterung der Operation wurde in den meisten Fällen der Kopf des gewendeten abgestorbenen oder lebensunfähigen Kindes perforiert. Auch Skrobansky[49]) berichtet über einen mittels vaginaler Hysterotomie erfolgreich behandelten Fall.

Selbstverständlich wurde auch der klassische Kaiserschnitt sowie die Porrosche

Amputation, letztere besonders von Hofmeier, zur Behandlung der vorzeitigen Placentarlösung empfohlen. Daß diese Operationen bis jetzt noch so wenig ausgeführt wurden, hat seinen Grund nur in der Seltenheit der Krankheit, doch zeigen die bis jetzt veröffentlichten Fälle die Richtigkeit des Vorgehens. Pulvirenti[44]) berichtet über eine supravaginale Amputation. Die Patientin litt an chronischer Nephritis und befand sich im 7. Schwangerschaftsmonat. Der Muttermund war noch geschlossen, es bestand hochgradige Anämie. Sie konnte auch durch die Operation nicht mehr gerettet werden. v. Klein[30]) demonstrierte Frucht, Placenta und Eihäute, die er in einem Fall von vorzeitiger Placentarlösung durch klassischen Kaiserschnitt gewonnen hatte. Es bestand hochgradigste Anämie ohne Blutung nach außen bei geschlossenem Muttermund. Die Mutter wurde gerettet. Auch Convelaire[10]) sprach sich kürzlich im Prinzip für den klassischen Kaiserschnitt bei vorzeitiger Placentarlösung aus. In neuester Zeit hat Zweifel[57]) für solche Fälle die abdominelle Totalexstirpation empfohlen. Er konnte die Operation in drei Fällen ausführen und alle Mütter dadurch am Leben erhalten. Zu diesem Radikalismus wurde Zweifel durch traurige Erfahrungen bestimmt, die er in den letzten Jahren an seiner Klinik gemacht hatte. 7 Frauen hatte er infolge vorzeitiger Placentarlösung verloren, darunter 4 an schweren atonischen Nachblutungen. Daher bietet ihm der klassische Kaiserschnitt keine genügende Garantie für die Erhaltung des mütterlichen Lebens. Den transperitonealen und den vaginalen Uterusschnitt verwirft er aus dem gleichen Grunde, sowie auch wegen des mit diesen Operationen verbundenen größeren Blutverlustes. Die Porrosche Amputation läßt sich in manchen Fällen schlecht ausführen, wenn der Kopf bereits im Becken steht oder der Uterus wegen schwerer Blutung tamponiert wurde. Außerdem fürchtet Zweifel bei der Amputation des Uterus die Stumpfexudase. Alle diese Gefahren vermeidet die abdominelle Totalexstirpation. Sie kann nach Unterbindung der größeren Arterien fast blutleer und ebensorasch wie jede andere Operation ausgeführt werden. Zweifel bemerkt hierzu noch ausdrücklich, daß er diese Operation nur für die schweren Fälle erserviert halten möchte. Im übrigen wurden zur Stillung der atonischen Nachblutung alle neueren Hilfsmittel bereits versucht. Davies[12]) benutzte mit gutem Erfolg den Momburgschen Schlauch, während Schneider[47]) für die Verwendung des Gausschen Aortenkompressoriums eintritt. Gussew[24]) wandte in zwei Fällen vorzeitiger Placentarlösung den Hypophysenextrakt an, einmal in Verbindung mit Metreuryse. Beide Mütter und Kinder wurden so gerettet.

Literaturverzeichnis.

1. Adler, Ursachen und Behandlung der Blutungen während der Geburt. Orvosok Lapja 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1140.
2. Basset, Prolaps der Placenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. **33**, H. 4.
3. Bauer, Hemiathetose unter der Geburt. Berliner klin. Wochenschr. **1907**, Nr. 5.
4. Barchet, Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Hegars Beiträge zur Geburtsh. **XVII**, H. 2.
5. Bickle, Ante-partum Blutung. Brit. med. journ. 1912, Nr. 6.
6. Bergren, Beitrag zur Pathologie und Therapie der vorzeitigen Placentarlösung. Arch. mens. d'obstetr. et de gynaecol. 1912. August. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. **1913**, S. 514.
7. Bubis, Blutung infolge vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta. Cleveland med. journ. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912. S. 1556.
8. Charles, Retroplacentare Blutungen. Journ. d'accouchement 1908, Nr. 14. Ref. in Zentralblatt f. Gynaekol. 1909, S. 364.
9. Cholmogorow, Die Bedeutung des vaginalen Kaiserschnitts. Journ. f. Geburtsh. (Russisch). Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 679.
10. Couvelaire, Referat auf dem internationalen Gynaekologenkongreß in Berlin. Ref. im Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1314.
11. Davis (Parker), Cesarean section of placentae hemorrhage. Ebenda.
12. Davies (Colley), Mit Hämorrhagie komplizierte Schwangerschaftstoxämie. Brit. med. journ. 17. Juni 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912. S. 383.

13. Déak, Geburtshilfe auf dem Lande. Orvosok Lapja 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1141.
14. Döderlein, Demonstration in der Münchener Gynaekol. Ges. 21. XI. 1907. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 370.
15. — Bericht über 7 vaginale Kaiserschnitte. 82. Naturforschervers. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1378.
16. Duquet, De l'opération césarienne dans les cas d'hématomes retroplacentaires graves. Diss. Paris 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1227.
17. Eicke, Chorioma placentae. Demonstrat. Gynaekol. Ges. Breslau. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 260.
18. Engelmann, 3 Fälle von Placenta praevia mit Blutung nach Innen. Med. Klin. 1913, Nr. 9.
19. Fehling, Zur vorzeitigen Placentarlösung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1885, S. 647.
20. Frank, Contribution à l'étude des hémorrhages rétroplacentaires. Diss. Nancy 1907. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 1679.
21. Gans, Der Prolaps der Placenta. Gynaekol. Rundschau 1909, H. 2.
22. Gottschalk, Die frühzeitige Placentarlösung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1897, S. 819.
23. Goodell, Amer. Journ. of obstetr. 1869, zit. nach Zweifel, s. d.
24. Gussew, Hypophysenextrakt bei 2 Fällen vorzeitiger Placentarlösung. IV. Kongreß russischer Geburtshelfer 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 401.
25. Hartmann, Über Prolaps der Placenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. 35, H. 5.
26. Haertel, Demonstr. Gynaekol. Ges. Breslau. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 578.
27. Herzfeld, Zur vorzeitigen Placentarlösung. Arch. f. Gynaekol. 82.
28. Hoffmann, Referat in der Berliner Gynaekol. Ges. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1135.
29. Kayser, Diskussion zum Vortrag Osterloh in Dresden. s. d.
30. v. Klein, Kaiserschnitt bei vorzeitiger Placentarlösung. Kongreß der deutschen Ges. f. Gynaekol. 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1009.
31. Lieven, Zur Pathologie des Hydrops foetus. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911 S. 804.
32. Lepage, Über einen Fall vorzeitiger Placentarlösung. Rev. prat. d'obstetr. et de ped. Dez. 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 896.
33. Le Lorier, Der konservative Kaiserschnitt. L'Obstétrique 1911, Nr. 11. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1288.
34. Limbacher, Über die vorzeitige Placentarlösung. Gýogýaszat 1907, Nr. 46—51. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 464.
35. Marfalan, Ausstoßung der Placenta vor dem Kinde. Journ. of obstetr. and gyn. August 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 383.
36. Mayer, Die vorzeitige Placentarlösung. Diss. München 1910.
37. Maurau, Des cas de mort par décollement prématuré de placenta inseré normalement. Diss. Paris. 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1176.
38. Meyer, Hans, Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1891, Nr. 7. Zit. nach Zweifel.
39. Münchmeyer, Zur Therapie der vorzeitigen Placentarlösung. Arch. f. Gynaekol. 33.
40. Mussatow, Über die frühzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta. Medizinsk. obosrenj. 1908, Nr. 6. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1486.
41. Nádorý, Der Kézmarszkysche Dekapitationsécrasseur. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 167.
42. Osterloh, Vorfall der Placenta. Dresdner Gynaekol. Ges. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 533.
43. Pinard, Ärztliche Verantwortlichkeit. Annal. de Gyn. et d'obstétr. 1908, Jan. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 1750.
44. Pulvirenti, Über frühzeitige Placentarlösung. Ginecologia 1908, Nr. 4. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1909, S. 397.
45. Schickele, Hegars Beiträge zur Geburtshilfe 1904, S. 337. Zit. nach Zweifel.
46. Schirmunsky, Vorzeitige Placentarlösung. Diss. 1910.
47. Schneider, Anwendung der Gausschen Aortenpresse. Diss. Freiburg 1910.
48. Siegel, Genitaltumoren und Schwangerschaft. Diss. Freiburg 1911.
49. Skrobansky, Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei vorzeitiger Placentarlösung. Journal f. Geburtsh. (Russisch). Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1780.
50. Stern, Der Vorfall der Placenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. 27, H. 6.
50a. Thies, Diskussionsbemerkungen zum Vortrag Zweifels (s. d.).
51. Wesenberg, Verblutung während der Geburt infolge Ruptur einer Milzarterie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 464.
52. v. Weiß, Archiv f. Gynaekol. 46, S. 288. Zit. nach Zweifel.
53. Winter, Zentralbl. f. Gynaekol. 1885, S. 398. Zit. nach Zweifel.
54. Voron, Vorzeitige Placentarlösung durch Trauma. Gebh. Ges. Lyon 16. III. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912. S. 521.
55. Zaharescu, Die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta. Revista stünzelor med. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 85.

56. Zweifel, Vortrag in der Leipziger Gynaekol. Ges. 18. XI. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913. S. 579 ff.
57. — Die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Placenta. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 36. Ergänzungsheft.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Zurhelle, Erich: Erreur de sexe infolge von Hypospadiasis peniscrotalis. (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 27, S. 1312—1313. 1913.

57 jähriges Individuum, das immer als Weib gelebt hat, zweimal verheiratet war, sucht wegen beiderseitiger Inguinalhernie ärztlichen Rat. Es wird ein ganz rudimentärer Penis gefunden, scrotum fissum, in dessen beiden Hälften deutlich Hoden samt Nebenhoden zu tasten sind. In der Furche zwischen beiden Scrotalhälften das Orificium externum urethrae. Keine Spur eines Introitus vaginae, rectal weder Scheide noch Uterus, allerdings auch keine Prostata zu palpieren. Der Habitus bis auf ganz geringe Mamma-Bildung männlich. Sexualempfindung männlich. *Freund* (Wien).

Socquet, J., Un cas d'hermaphrodisme. (Ein Fall von Hermaphroditismus.) Bull. de la soc. de méd. lég. de France Jg. **45**, Nr. 5, S. 98—102. 1913.

25 jährige Person, als Mädchen aufgewachsen, aber ohne Vorliebe für weibliche Beschäftigungen; später ohne Lust als Köchin tätig; dann Änderung des Berufes und der Kleidung; als Mann wegen Verdachtes, Zuhälter zu sein, polizeilich aufgegriffen. — Bei Berührung mit Frauen Auftreten von Wollustgefühlen, aber ohne Ejakulation oder Entleerung von Sekret überhaupt. Seit zwei Jahren regelmäßige Menstruation von 3—4 Tagen Dauer; vorher stets Schmerzen im Kreuze und im Bauche; das Menstrualblut soll sich beim jedesmaligen Urinieren aus der Urethra entleeren. Mittelgroße, kräftige Person. Hohe Stimme. Lippen und Kinn sind bartlos. Brüste schwach entwickelt. Crines pubis scharf begrenzt am oberen Schambeinrande. Weites Becken. Clitoris von Kleinfingerdicke, ungefähr 2 cm lang, nicht perforiert, aber an der Unterseite einen kleinen Spalt von 2—3 mm Tiefe tragend. Perineale Hypospadie. Am Perineum selbst kein Spalt, keine Vertiefung, keine Öffnung, die als Eingang in die Vagina gedeutet werden könnte. Rechts eine deutliche Hodensackhälfte mit genau tastbarem Hoden, Nebenhoden und Samenstrang. Rectale Untersuchung: keine Prostata; bei kombinierter, abdominorectaler Palpation ist mit der Spitze des Fingers ein runder Körper erreichbar, welcher der Uterus sein könnte.

Verf. glaubt, daß es sich um einen Fall von wahrem Hermaphroditismus handelt; Anwesenheit des Hoden und Fehlen der Vagina sprechen für männliches, regelmäßige Menstruation seit zwei Jahren und Uterus für weibliches Geschlecht.

In der Diskussion empfiehlt Schwartz die cystoskopische Untersuchung zur Zeit der Menstruation, um zu sehen, woher das Blut kommt. Tissier ist sicher, daß es sich um ein männliches Individuum handelt; das Blut braucht nicht aus einem Uterus zu stammen. Thibierge ist derselben Meinung und erwähnt einen Fall von Hermaphroditismus femininus mit äußerem, männlichem Habitus bei einem 8—9 jährigen Kinde. *Schmid* (Prag).

Stratz, C. H.: Falsche Diagnose bei einer selteneren Mißbildung der inneren Genitalien. Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 12, S. 435—436. 1913.

In einem Fall von operierter Vaginalcyste, der vom Verf. bereits veröffentlicht worden ist, lautete die aus dem Tatbefund gestellte Diagnose auf Uterus duplex mit Atresie des rechten Uterushornes. Die später wegen häufiger Blutungen zwecks radikaler Operation vorgenommene Laparotomie ergab jedoch, daß es sich um einen angeborenen Defekt des linken Ovariums, Atresie der linken Tube, multiple Cystenbildung im Ligamentum latum rechts und Ovarialcyste der rechten Seite handelte. *Jaeger* (Leipzig).

Wiese, Friedrich Wilhelm, Über menstruelle Temperatursteigerungen bei Lungentuberkulose. (*Lungenheilst. Cottbus b. Kolkwitz.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **26**, H. 4, S. 335—366. 1913.

Temperaturerhöhungen bei den Menses haben insofern diagnostische Bedeutung, als sie am häufigsten bei Tuberkulose vorkommen. Nach Kraus sind es $^2/_3$ aller Fälle, nach Untersuchungen des Verf. 40% prämenstrueller Steigerungen. Schon die sub-

febrilen (bis 37,4 Mundhöhlenmessung!) Temperaturen sind für das Anfangsstadium bedeutungsvoll. Viele Autoren nehmen ein Handinhandgehen des Fiebers vor den Menses mit einer Verschlimmerung des Lungenprozesses an, was durch Hyperämie sämtlicher Organe, also auch der Lunge, zu erklären sei. Bei geringeren Erhöhungen handelt es sich nur um Resorption von älteren Herden, bei höheren Temperaturen um Exacerbation von entzündlichen Herden. Das wärmeregulierende Zentrum der Phthisiker ist so labil, daß es schon durch Bewegungen, psychische Einflüsse u. a. erregt werden kann; die Temperamentvolleren reagieren leichter, auch mit ihrem Wärmezentrum, der Puls ist erhöht, alle Stoffwechselvorgänge gesteigert. Intramenstruelle Steigerungen gibt Verf. 13% an, die meist am 1. und dann noch am 2. Tag auftreten. Die Uterusschleimhaut dient als Eintrittspforte für die Bakterien; oft hat man das Bild von Schwerkranken. Die Fälle von postmenstruellen Temperatursteigerungen sind selten, 2,4%, und diese meist nur subfebril; sie werden prognostisch als besonders ungünstig aufgefaßt. In seltenen Fällen haben die Menses auch günstigen Einfluß, indem sie Entfieberung herbeiführen. Verf. hat $11^1/_2$% intramenstruellen Temperaturabfall feststellen können bei Kranken, die vorher subfebrile oder gar febrile Temperaturen hatten und die dann normale Temperatur behielten. Zu erklären wäre diese Tatsache vielleicht durch die bessere Durchblutung der Lunge während der Menses. Im allgemeinen waren es 68% veränderte und 32% normale Temperaturen. Die Follikelreifung fällt zeitlich mit der Temperaturerhöhung zusammen, und je nachdem der Follikel vor, während oder nach den Menses platzt, entsteht auch die Temperatur vor, während oder nach der Menstruation. Wenn auch von irgendeiner Regelmäßigkeit des Krankheitsbildes nicht die Rede sein kann, so verdient doch die Menstruation der Tuberkulösen besondere Beachtung und kann als diagnostisches, ev. auch prognostisches Hilfsmittel dienen. *Ponfick.*

Toulouse, E., et L. Marchand, Influence de la menstruation sur l'épilepsie. (Der Einfluß der Menstruation auf die Epilepsie.) Rev. de psychiatr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 177—184. 1913.

Die Beziehungen zwischen epileptischen Krisen und der Funktion des Ovariums sind bis jetzt wenig geklärt. Verff. kommen auf Grund ihrer eigenen und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Der Einfluß der Menstruation auf die Epilepsie ist sehr verschieden; einerseits kann der Eintritt der Periode die Epilepsie zum Aufhören bringen, andrerseits sie verschlimmern. Das gleiche gilt von dem Eintritt der Menopause. In einzelnen Fällen scheint der Beginn der Epilepsie an die Menarche gebunden zu sein. Zwischen der Häufigkeit der Anfälle und der Dauer der Periode besteht keine Zusammenhang. Der Einfluß der Dysmenorrhöe und Amenorrhöe auf den Verlauf der Epilepsie ist ganz verschieden; man kann hier kein bestimmtes Gesetz aufstellen. *Engelhorn* (Erlangen).

Reimann, Th.: Eine Methode zur Verstärkung der Färbung schwer färbbarer Gewebe bei Anwendung der Methoden: polychrome Methylenblaulösung — Glycerinäther und Carbol + Methylgrün + Pyronin. (*Prof. Unnas Dermatologicum.*) Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 25, S. 999—1001. 1913.

Die Forderung, in den Schnitten von Gewebsstücken, welche durch mangelhafte Fixation ihre Färbbarkeit eingebüßt haben, eine Verbesserung der Tingibilität zu erzielen, wird dadurch erreicht, daß man die Schnitte durch Sauerstoff in statu nascendi stark oxydiert. Von den verschiedenen Methoden empfiehlt Verf. die folgende als besonders brauchbar in der Praxis: Die Schnitte gelangen aus Aqu. dest. auf 3—4 Minuten in ein Schälchen mit ca. 20 Tropfen einer 3 proz. wässerigen Lösung von Kal. hypermangan. Dieser Lösung wird langsam, tropfenweise 3 proz. offizinelle Hydrogen. peroxydat.-Lösung zugesetzt, wobei sich Sauerstoff entwickelt und MnO_2 in feiner Verteilung abscheidet. Das Wasserstoffsuperoxyd wird so lange zugeführt, bis sich der Braunstein als braune Schicht im Schälchen absetzt und die darüberstehende Flüssigkeit klar wird. Die braun gefärbten Schnitte werden in 3 proz. wässeriger Oxalsäurelösung entfärbt, dann gut ausgespült und hierauf gefärbt. Die Brauchbarkeit der Methode wurde erprobt an Haut, die seit 1888 in Alkohol aufbewahrt wurde. Sie ist besonders zu empfehlen zur prägnanten Färbung von Plasmazellen in durch Formalin gehärtetem Material, ferner zum feineren Studium der Schaumzellen des Rhinoskleroms, der Xanthomzellen und der epitheloiden Zellen. *Jonas* (Greifswald).

Zieglwallner, F.: Nachtrag zum Aufsatz: „Über die Fixierung und Färbung von Glykogen und die mikroskopische Darstellung desselben gleichzeitig neben Fett". Zeitschr. f. wiss. Mikr. Bd. **30,** H. 1, S. 72. 1913.

Der Autor stellt in einem Nachtrag zu seiner früheren Arbeit (Band 28 der Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und mikroskopische Technik) fest, daß eine kurzdauernde Erwärmung des alkoholischen Chromosmiumessigsäure-Gemisches vor der Fixierung bis 40° keine Schädigung der Fixationswirkung und der nachfolgenden Färbung herbeiführt und gibt das Rezept für die vereinfachte Herstellung des Gemisches.

Moraller (Berlin).

Neumayer, L.: Ein elektrisch heizbarer Universalwärmeschrank. Zeitschr. f. wiss. Mikr. Bd. **30,** H. 1, S. 49—58. 1913.

Genaue Beschreibung eines für Brutzwecke und für Paraffineinbettungen dienenden elektrisch heizbaren Thermostaten. *Aschheim* (Charlottenburg).

Farkas, B.: Bemerkungen über das Auswaschen und Beschreibung eines einfachsten Auswaschapparates. (*Zool. Inst., Univ. Kolozsvár.*) Zeitschr. f. wiss. Mikr. Bd. **30,** H. 1, S. 33—39. 1913.

Beschreibung eines höchst einfachen, in jedem Laboratorium leicht zu improvisierenden Apparates, der es gestattet, mikroskopische Objekte intensiv zu waschen, ohne die Gewebe zu lädieren. Austrocknen oder Fortschwimmen ist unmöglich. *Frankl* (Wien).

Možejko, B.: Mikrotechnische Mitteilungen. 10. Über Carminfütterung des Amphioxus. (*Priv.-Laborat., B. Možejko, Warschau.*) Zeitschr. f. wiss. Mikr. Bd. **30,** H. 1, S. 59—67. 1913.

Beim Amphioxus sind die Blutgefäße unsichtbar. Injektionen scheitern an der außerordentlichen Kleinheit der Gefäße. Eine intravitale Färbung der Blutgefäße kann man erreichen, wenn man dem Seewasser, in dem sich die Tiere befinden, Karmin-Nakarat, welches etwa 10% Ammoniakkarmin enthält, zusetzt. Nach 3 bis mehreren Tagen treten dann die oberflächlichen subcutanen Gefäße hervor. Dieselben erscheinen mit körnigem Niederschlag gefüllt. Eine gute Differenzierung der Gefäße kommt nur dann zustande, wenn das Tier in der roten Flüssigkeit allmählich abstirbt. Es färben sich wahrscheinlich nur absterbende oder höchstens überlebende Gewebe. *Knoop* (Duisburg).

Lampé, Arno Ed.: Basedowsche Krankheit und Genitale. Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 1, S. 45—51. 1913.

Siehe das Autoreferat in diesem Zentralblatt Bd. **1**, S. 829.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

M'Leod, J. W., A method for plate culture of anaerobic bacteria. (Eine Methode der Plattenkultur anaerober Bakterien.) (*Pathol. dep., Glasgow univ., a. Charing Cross hosp. med. school, London.*) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17,** Nr. 4, S. 454—457. 1913.

Modifikation der Lentzschen Methode. Eine Porzellankammer wird durch eine halbhohe Zwischenwand in 2 Abteilungen getrennt, eine für Kalilauge, eine für Pyrogallussäure. Auf der Außenseite der Decke dieser Kammer ist eine runde Furche, die mit Plasticin gefüllt wird; auf diese wird eine Petrischale mit der Plattenkultur eingedrückt. Der untere Rand der Petrischale ist umgebogen, um das Condenswasser aufzunehmen. Nach Aufdrücken der Petrischale auf das Plasticin, wird durch leichtes Schaukeln der Kammer eine Mischung von Pyrogallol und Kalilauge und dadurch die Absorption des Sauerstoffs aus der unter der Agarplatte befindlichen Luftschicht bewirkt, die durch eine Öffnung in dem Deckel der Porzellankammer mit deren Innenraum kommuniziert.

Schlimpert (Freiburg i. Br.).

Smith, Joseph T.: Complement deviation by corpus lutean antigens. (Komplementablenkung durch Corpus luteum-Antigen.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 6, S. 1107—1110. 1913.

Versuche mit Menschen- und Schafblut und den zugehörigen Corpus luteum-Antigenen.

Die Antigene wurden auf 3 verschiedene Arten hergestellt: Darstellung der reinen Lipoide nach Noguchi, sodann wurde nach der Vorschrift von J. W. Miller zerkleinertes Corp. lut.-Gewebe mit physiologischer NaCl-Lösung mit 0,5 proz. Phenolzusatz geschüttelt; nach Abstehen die Flüssigkeit zentrifugiert und dann der klare Rest als Antigen benutzt. Schließlich wurden einfache Alkoholextrakte gemacht.

Das Blut von 12 Frauen (davon etwa die Hälfte schwanger), 10 Männern und 2 Schafen wurde auf diese Weise untersucht. Eine Komplementablenkung fand sich nur in den Fällen, bei denen zugleich eine positive Wassermannsche Reaktion bestand. Es findet also eine Komplementablenkung durch Corpus luteum-Extrakt mit dem Blut von Patienten, die eine positive Wassermannsche Reaktion geben, statt.

Zoeppritz (Göttingen).

Turney, H. G., Pituitary and (?) adrenal syndrome. (Gleichzeitige Erkrankung des Hypophysen- und Adrenalinsystems.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Sect. of neurol. a. ophthalmol. S. XVIII. 1913.

Kurze Beschreibung einer 24 jährigen Patientin mit einer 5 Jahre bestehenden Amenorrhöe, bei der sich gleichzeitig die Symptome einer Erkrankung des Adrenalinsystems in Gestalt einer Blutdrucksteigerung auf 200 mm Hg., Vermehrung der roten Blutkörperchen auf 8 Millionen und diffuse Hauthyperämie neben den Zeichen einer Störung der Hypophysentätigkeit, Amenorrhöe, Fettansammlung im Gesicht und am Rumpf fanden. Im Röntgenbild erscheint die Sella turcica erweitert. *Gräfenberg* (Berlin).

Spiethoff, B., Zur Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut. (*Landkrankenh. Jena.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 24, S. 949—950. 1913.

Diese Behandlung hat den Vorteil, unabhängig von anderen Serumquellen zu sein, das Mittel stets zur Hand zu haben und ferner sicher zu sein, keine Krankheitskeime anderer Serumquellen einzuverleiben. Verf. hat bereits diese Therapie mit Erfolg bei Prurigo, Pruritus, Ekzem usw. angewendet. Jetzt teilt er seine Erfolge bei anderen Infektionskrankheiten mit; so wurde unter anderem Eigenserum angewendet bei Prostatitis, Ulcus molle, vereiterten Inguinaldrüsen, fieberhaftem Ekzem; bei gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen wurde kein therapeutischer Effekt gesehen. Auch die Eigenblutbehandlung wurde erprobt. Das Blut wurde mit einer Spritze aus der Cubitalvene entnommen. In die noch liegende Kanüle wurde eine dünnere eingeschoben und das Blut sofort wieder injiziert. Die dünnere Kanüle hat den Vorteil, etwaige Gerinnsel nicht durchzulassen und einen zweiten Einstich zu vermeiden. Die Erfolge waren dieselben wie bei der Behandlung mit Eigenserum. An fünf aufeinanderfolgenden Tagen wurden 20 ccm Eigenblut reinjiziert. *Heimann* (Breslau).

Wiesel, Josef, Agenitalismus und Hypogenitalismus. Die Bindegewebsdiathese als Ursache multiglandulärer Störungen. (Insuffisance pluriglandulaire.) Handb. d. Neurol. Bd. **4.** Spez. Neurol. 3, S. 407—433, Berlin: Springer, 1913.

Rein uniglanduläre Erkrankungen im strengen Sinne des Wortes gibt es überhaupt nicht; es müssen daher Erkrankungen, wie der M. Basedowi, die Akromegalie, der M. Addisoni usw. als multiglanduläre bezeichnet werden, da es sich herausgestellt hat, daß mehrere Drüsen entweder anatomisch von der Norm abweichen oder zumindest klinisch ihre Beteiligung an der speziellen Krankheit dokumentieren. Dahin gehören auch die Erkrankungen, bei denen sich Ausfall der Geschlechtsdrüsenfunktion findet und die man als Infantilismus, Feminismus und Eunuchismus kennt. Letztere bezeichneten Claude und Gougerot als Folgen einer „insuffisance pluriglandulaire". Verf. bespricht ausführlich die erwähnten Syndrome bei Männern und Frauen und kommt auf Grund der vorhandenen Literatur und eigener Untersuchungen zu dem Schluß, daß alle die Störungen, welche mit Anomalien der inneren Sekretion zusammenhängen, wie z. B. der Agenitalismus resp. der Eunuchismus, der Hypogenitalismus resp. der Eunuchoidismus, sowie das sog. thyreo-testiculäre - hypophysäre (suprarenale) Syndrom als Folge einer Bindegewebsdiathese anzusehen sind, die sich in angeboren gewebsschwachen Organen entwickelt. Vielleicht ist diese Bindegewebsdiathese die Folge der Erkrankung einer bestimmten Drüse mit innerer Sekretion, die zur Regulierung des Bindegewebswachstums in ähnlichen Beziehungen stehen mag, wie die Hypophyse

zu der des Fettgewebes. Vielleicht ist dies die Schilddrüse. Nach dieser Auffassung führt die Dysfunktion der bindegewebsregulierenden Drüse zur Vermehrung des Bindegewebes in anderen Drüsen, was wieder Parenchymverlust und Ausfall der Funktion zur Folge hätte. Verf. vergleicht diesen Vorgang gewissermaßen dem Altern der Organe, zumal die in Frage kommenden Kranken oft auffallende Ähnlichkeit mit hochbetagten Menschen darbieten. (Ähnliches physisches Verhalten, Verlust der sekundären Geschlechtscharaktere, Veränderung des Haarkleides u. a.). *Hirschberg* (Berlin).

Allgemeine Diagnostik:

Thornton, G. Lestock, The significance of renal tube casts in the urinary sediment. (Die Bedeutung von Zylindern im Urinsediment.) Lancet Bd. **184,** Nr. 23, S. 1583—1585. 1913.

Aus der Art der im Sediment vorhandenen Zylinder diagnostische Schlüsse ziehen zu wollen bezüglich der Art der Nephritis, ist unstatthaft, da bei jeder Nephritis alle Formen von Zylindern vorkommen können. Thornton berichtet über 134 lange Zeit hindurch beobachtete Kranke, bei denen im Harn Zylinder gefunden wurden. In der größten Mehrzahl gab der zylinderhaltige Urin keine Eiweißreaktion (bei akuten Infektionskrankheiten, Gries, Nierensteinen, Diabetes, Wanderniere, Herzerkrankungen, Arteriosklerose); meist verschwanden die Zylinder nach Beseitigung oder Besserung des Leidens in den Fällen, in welchen trotz vorhandener Zylinder der Urin keine Eiweißreaktion gab. Gleichzeitiger Eiweißgehalt verschlechtert die Prognose. Sehr häufig und früh treten bei Sklerose der Arterien Zylinder auf als Zeichen der Nierenschädigung, und weisen schon vor anderen Erscheinungen auf die vorhandene Zirkulationsstörung hin. *Albrecht* (München).

Zbinden, Theodore: Blood examination as aids to diagnosis. (Blutuntersuchung als diagnostisches Hilfsmittel. Americ. med. compend. Bd. **39,** Nr. 6, S. 111—115. 1913.

Übersichtsreferat.

Allgemeine Therapie:

Arcelin, Traitement des fibromes par la radiothérapie. Technique et résultats. (Behandlung der Myome durch Radiotherapie. Technik und Resultate.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5,** Nr. **45,** S. **146** bis 156. 1913.

Verf. hat seit 1909 10 Myome bestrahlt, anfangs mit Imm. Al. F., 1910—1911 mit 2—3 Al. F. Er verwendet mehrere Eintrittspforten, benutzt Röhren mit einer Härte von 8 Benoist und appliziert pro Feld 6—7 H. (über dem Filter gemessen). Die Fokushautdistanz beträgt 18 cm. Unter den Tumoren waren solche, die bis zum Zwerchfell reichten; 3 Myome blieben in ihrer Größe unbeeinflußt, die anderen schrumpften verschieden stark, manche wurden auf die Hälfte ihres Volumens reduziert. Von den 10 Fällen trat bei 5 eine Amenorrhöe, bei 3 Fällen Obligomenorrhöe ein. Einmal trat nach 18 Monaten eine Spätschädigung auf (Desquamation der Haut mit Teleangiektasien). Es waren 4 Serien gegeben worden in Abständen von 35—50 Tagen, jede pro Feld 6—7 H. über 1—2 mm Al. F. gemessen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Dohan, N., Zur Frage der gynaekologischen Röntgenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 4, S. 390—392. 1913.

Bei der Röntgentherapie gynaekologischer Leiden hat man zu achten 1. auf das Alter der Patientin, 2. auf die Körperbeschaffenheit bzw. den Panniculus adiposus der Bauchdecken, 3. auf die Schwere, bzw. Dringlichkeit des Falles. Dementsprechend Wahl eines langsameren oder energischen Verfahrens. Um den Ovarien möglichst viel Röntgenlicht zukommen lassen zu können, empfiehlt es sich, zuerst durch die in normaler Lage befindliche Hautdecke zu bestrahlen, sodann die Haut zu verschieben und eine neue Stelle der Haut über dem Ovarium zu bestrahlen. Vorsicht, daß ein Hautstreifen nicht doppelt bestrahlt wird! Fixierung der verschobenen Hautpartie durch an Heftpflasterstreifen befestigte Sandsäcke! Markierung der Grenzen der einzelnen Hautregionen! Filter (2 mm Aluminiumblech)! Kompressionsblende! *Immelmann.*

Gauss, C. J., Gynaekologische Tiefentherapie. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. B.*) Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 623—641. 1913.

Verf. bespricht die gynaekologische Tiefentherapie nach ihrer Entwicklung in der Vergangenheit, nach ihrem augenblicklichen Stand in der Gegenwart und nach ihrer Bedeutung für die Zukunft. Er geht auf die Differenz in der applizierten Strahlendosis zwischen der Hamburger und der Freiburger Methode ein, verneint die Schädigungen der potenzierten Strahlenmenge auf den Gesamtkörper, wenn ein geeignetes Filtrationsverfahren angewendet wird, und hebt die Vorteile der zeitlichen Zusammendrängung möglichst großer Röntgenlichtdosen (Intensivbestrahlung) hervor. In 255 bestrahlten Fällen von Myomen und Metropathien ist ein Ausbleiben der Wirkung bis jetzt nicht beobachtet worden, allerdings war in einzelnen Fällen eine Dosis bis zu 3000 X nötig. Gauss geht dann auf die Wirkung der kombinierten Röntgen-Radium-(und Mesothorium-)Anwendung und die Wirkung der Mesothoriumstrahlen allein bei den verschiedensten Unterleibsleiden ein. Er glaubt, daß der Mesothoriumtiefentherapie in der Behandlung der bösartigen Neubildungen unter allen Umständen eine Stelle neben der Röntgentiefentherapie eingeräumt werden müsse. Für die Behandlung der gutartigen Tumoren und Blutungen scheint aber nach den bisherigen Erfahrungen vorläufig noch die Röntgentiefentherapie die Methode der Wahl zu sein. Von 30 bisher mit Mesothorium behandelten Uteruscarcinomen können 10 nach den vorgenommenen pathologisch-anatomischen Untersuchungen und dem klinischen Bild als bedingt geheilt betrachtet werden. *Hirsch* (München).

Aubertin, Ch., et E. Beaujard: Action des rayons X sur les polyadénomes de l'intestin. (Wirkung der Röntgenstrahlen auf Adenome des Darms.) (*Labor., prof. Pierre Marie.*) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 29, Nr. 22, S. 1221—1224. 1913.

Monatelang fortgesetzte Röntgentiefenbestrahlung wirkt günstig auf Adenome ein. Makroskopische und histologische Untersuchungen von Schleimpolypen des Rectums (mit fortgesetzten Diarrhöen, reichlich schleimig-blutiger Stuhlgang), die 1½ Jahre bestrahlt waren, vor und nach der Bestrahlung zeigen: 1. Verkleinerung der Polypen, 2. Umwandlung der Schleimzellen in indifferente Zylinderzellen (Verminderung der Schleimsekretion), 3. Umwandlung der Bindegewebszellen in Plasmazellen, 4. Verödung der Gefäße. Klinischer Befund: Fester Stuhlgang, wenig Ausfluß, Gewichtszunahme. Ort der Bestrahlung: Abdomen- und Perineum. Anzahl der Bestrahlungen: 25. *Immelmann* (Berlin).

Bouchacourt, Des avantages d'une compression méthodique dans la pratique de la radiothérapie en gynécologie. Présentation d'un appareil métallique de compression, comportant trois modèles d'ajutage de dimensions différentes correspondant à des portes d'entrée cutanées suivant des cercles de 6, 8 et 10 centimètres de diamètre. (Vorzüge der Kompression in der gynaekologischen Radiotherapie. Demonstration von Kompressionszylindern mit Aperturen von 6,8 und 10 cm.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 45, S. 167—172. 1913.

Demonstration von Kompressionszylindern mit verschiedener Apertur, gegen das Abdomen durch eine Pergamentmembran abgeschlossen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Bordier, H., Biochemische Wirkung der Strahlen, insbesondere der Röntgenstrahlen. Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 368—395. 1913.

Bordier bespricht die biochemische Wirkung der verschiedenen Strahlenarten, die den Arzt interessieren, besonders die Röntgen- und die γ-Strahlen des Radiums. Diese wirken ionisierend, verändern die Farbe fluorescierender Körper, dringen in die Gewebe ein und wirken dort zellzerstörend oder histolytisch; ihre Tiefenwirkung ist um so größer, je kürzer ihre Wellenlänge ist. B. faßt die bekannten biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen im lebenden Gewebe nicht als direkt chemischen Mechanismus auf, sondern durch molekulare Dissoziation bewirkt, analog der Gasionenbildung, welche dann in dem kolloidalen Eiweißkörper der lebenden Zellen tiefgreifende Veränderungen bewirkt. Einen Einfluß der Röntgenstrahlen auf Mikroben und Bacillen, auf Infusorien, Amöben und andere Protozoen leugnet B. Auf Grund experimenteller

Tatsachen fand B. in Ergänzung der bekannten Gesetze von Bergonié und Tribondeau, daß die Radiosensibilität des lebenden Zelleiweißes um so größer ist, je jünger die Zellgeneration ist, der das Eiweiß angehört. *Goldschmidt* (Hannover).

Kolde, W., Experimentelle Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 710 bis 713. 1913.

Es wurden Untersuchungen angestellt, ob es möglich sei, aus der Schwärzung eines auf die Hautoberfläche aufgelegten Quantimeterstreifens einen Rückschluß auf die in die Tiefe gedrungene Strahlenmenge zu ziehen. Die Untersuchungen wurden an Kaninchen und menschlichen Leichen angestellt. Das Resultat war, daß bei 3 mm-Aluminiumfilter, einer Röhrenhärte von 9—10 Wehnelt und 20 cm Fokushautabstand, unter der Haut fast immer die Hälfte der auf die Hautoberfläche verabreichten Strahlenmenge nachzuweisen war, und daß die Därme fast gar kein Hindernis für die Strahlen bildeten, denn die auf und die unter die Därme gelegten Reagensstreifen zeigten fast genau dieselbe Schwärzung. *Müller* (Freiburg i. B.).

Lomon, Nouveau type d'ampoules pour radiothérapie intensive. (Ein neuer Röhrentyp für Intensivbestrahlung.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5**, Nr. 45, S. 174—176. 1913.

Lomon empfiehlt die neuen Ballonröhren von Müller. Sie erlauben einen Fokushautabstand von 16 cm und gestatten wegen ihrer Wasserkühlung eine hohe Inanspruchnahme. Für photographische Zwecke verwendet L. seit kurzer Zeit Müller - Rapidröhren, die ohne Schaden 80 M. A. 1 Sekunde, 50 M. A. 5 Sekunden, 30 M. A. 15—20 Sekunden ertragen. *Lembcke.*

Haret, Nouveau modèle d'ampoule à osmo-régulateur et anticathode de tungstène de la maison Pilon pour la radiothérapie. (Ein neues Modell einer Röhre mit Osmo-Regulation und einer Antikathode von Scheelit für Radiotherapie von der Firma Pilon.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5**, Nr. 45, S. 172—174. 1913.

Nachdem am 6. Mai d. J. das Patent für mit Osmo-Regeneration versehene Röhren abgelaufen ist, steht es jedem Fabrikanten frei, diese Vorrichtung bei seinen Röhren anzuwenden. Dies hat auch Pilon getan; außerdem hat er die Antikathode aus Scheelit hergestellt, welches einen doppelt so hohen Schmelzgrad wie Platin resp. Platiniridium hat. Dazu kommt, daß das Scheelit nicht zerstäubt und im Preise bedeutend niedriger steht, als die genannten Metalle. Die so hergestellte Röhre hat eine ganz außerordentliche Lebensdauer, ohne die geringsten Veränderungen zu zeigen und ist sehr viel billiger. *Immelmann* (Berlin).

Groedel, Franz M., Werden die verschiedenen Härtegrade der Röntgenstrahlen, aus denen sich das durch den einzelnen Stromimpuls erzeugte Strahlengemisch zusammensetzt, gleichzeitig oder nacheinander von der Röntgenröhre ausgesandt? Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 4, S. 419—422. 1913.

Dessauer hat einen Reformapparat für Röntgentiefentherapie konstruiert, ausgehend von der Überlegung, daß der harte Strahlenanteil der Emission der Hauptsache nach im Anfang eines jeden Stromimpulses entsteht. Diese theoretische Grundlage ist nach Darlegung des Verf. falsch oder zum mindesten unbewiesen. Dessauer hat die Strahlenhärte nach der Zahl der durchdrungenen Aluminiumstufen beurteilt, d. h. er hat ein quantimetrisches Verfahren qualimetrisch mißbraucht. Wenn man außer der Aluminiumtreppe noch ein 1 mm Silberblech benützt, so läßt sich leicht nachweisen, daß der Härtegrad der praktisch wirksamen Teilstöße des einzelnen Stromimpulses in der Hauptsache gleich ist. Verschieden ist bloß die Energie, die Röntgenintensität der Teilstöße. Ob diese im Anfang, in der Mitte, oder am Ende des Stromimpulses am größten ist, hängt von dem System des Röntgenapparates und der Art des Unterbrechers ab. Beim Wechselstromgleichrichter, mit dem Dessauer experimentiert hat, liegen die energiereichsten Teilstöße jedoch gerade in der Mitte oder sogar manchmal gegen das Ende der Einzelentladung zu. *Wössner* (Freiburg).

Dessauer, Friedrich: Arbeiten über harte Röntgenstrahlen. Erwiderung auf den Artikel des Herrn Dr. Groedel in Nr. 20 (der Münchener medizinischen Wochenschrift). Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 25, S. 1383. 1913.

Dessauer entgegnet auf den Einwand Groedels, der D.s Resultate betr. harten Strahlenanteil einer Röntgenröhre für irrtümlich hält, daß seine Untersuchungen experimentell streng durchgeführt und richtig sind. Er faßt das Ergebnis dieser Untersuchungen nochmals kurz zusammen: 1. Ein und dieselbe Röhre gibt härtere Strahlung dann ab, wenn man die Frequenz verringert; 2. sie gibt härtere Strahlung, wenn die Dauer des Impulses, der sie durch-

leuchtet, bis zu einem gewissen Grade abgekürzt wird; 3. die Härte nimmt mit der Stromdichte zu (d. h. Stromintensität pro Zeiteinheit bezogen auf den Quadratzentimeter Kathodenfläche).

Lohfeldt (Hamburg).

Krönig und Gauss: Die Behandlung des Krebses mit Röntgenlicht und Mesothorium. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 26, S. 1233—1237. 1913.

Die Mesothoriumtiefenbestrahlung beruht auf völlig gleichen Prinzipien wie die Röntgentiefenbestrahlung, d. h. a) starke Strahlenfilterung (0,5 mm Platin, 1 mm Gold, 2—3 mm Blei), b) Applikation größter Dosen (800 mg Mesothorium), c) Anwendung des Nahabstandes und des Kreuzfeuers, d) zeitliche Konzentration der Dosis (bis zu acht Tagen). Die γ-Strahlung des Mesothoriums hat eine biologisch-spezifische, zerstörende Wirkung auf die Krebszelle gleich den starkgefilterten harten Röntgenstrahlen. Allerdings bildet die γ-Strahlung nur 1% der gesamten Strahlenenergie des Mesothoriums. Cave schädigende Nebenwirkungen am Orte der Bestrahlung! Folgender Standpunkt ist bei der Indikationsstellung der Therapie einzunehmen: 1. Wenn das Carcinom noch operabel und der Kontrolle durch Tast- und Gesichtssinn zugängig ist, so versuche man es durch gefilterte Röntgen- und Mesothoriumstrahlen zu heilen. Bleibt der Erfolg aus: Operation. 2. Wenn das Carcinom operabel, die Kontrolle aber durch Tast- und Gesichtssinn nicht zugängig ist, so mag man die Radikaloperation dann ausführen, wenn die für primäre Operationsmortalität und absolute Dauerleistung anzunehmende Zahl Aussicht auf Erfolg bietet; ist dies nicht der Fall, so auch da Strahlenbehandlung. 3. Wenn das Carcinom inoperabel ist: intensive Strahlentherapie! Um Rezidive zu verhüten, muß a) jeder operativen Behandlung Strahlennachbehandlung folgen, b) jeder ausschließlichen Strahlenbehandlung von Zeit zu Zeit eine prophylaktische Strahlenkur folgen, selbst wenn die carcinomverdächtigen Symptome vollständig geschwunden sind.

Immelmann (Berlin).

Blackmarr, Frank H., The new radium and thorium therapy. (Die neue Radium- und Thoriumtherapie.) Med. times Bd. **41**, Nr. 5, S. 135—137. 1913.

Laquerrière, L'électrolyse du radium (méthode de Haret). (Elektrolyse des Radiums [Haretsche Methode] in der Gynaekologie.) Journal de radiol. Bd. **7**, Nr. 1, S. 28—31. 1913.

Verf. bespricht der Reihe nach die Applikation in folgenden Gebieten: Vagina, äußere Fläche des Collum uteri, Cervix, Cavum uteri. Vaginale Applikationen werden unterhalb 50 M. A. gut vertragen, höhere Dosen erzeugen häufig Schmerzen; nach der Sitzung tritt oft ein schleimig-eitriges Sekret auf. Die Blutungen bei Myom und Metritis haemorrhagica wurden verringert, Schmerzen günstig beeinflußt; Schrumpfung von Myomen konnte nicht nachgewiesen werden. Verschiedentlich lösten sich unter dieser Therapie Verwachsungen. *Gauss* (Freiburg i. Br.).

Ledoux-Lebard, R., Les substances radioactives de la série du thorium en thérapeutique. (Die radioaktiven Substanzen der Thoriumreihe in der Therapie.) Arch. d'électr. méd. Jg. **21**, Nr. 358, S. 451—460. 1913.

Nach einer Besprechung der physikalischen Eigenschaften der Uranium-, Thorium- und Actiniumgruppe folgt eine kurze Besprechung des klinischen Wertes von Thorium-X und von Mesothorium, die beide in ihrer Wirkung als dem Radium ebenbürtig, wenn nicht überlegen angesehen werden. Verf. arbeitet mit subcutanen Thorium-X-Injektionen bis zu 50 Mikrogramm und intravenösen Injektionen bis zu 100 Mikrogramm. Genauere Technik wird nicht angegeben; erfolgreich bestrahlt sind vor allem Anämien; über gynaekologische Fälle liegen keine Daten vor. *Gauss* (Freiburg i. Br.).

Knox, Robert, A lecture on radium in the treatment of malignant disease. (Über Radium in der Behandlung maligner Geschwülste.) Brit. med. journal Nr. **2736**, S. 1196—1199. 1913.

Art der Wirkung des Radiums ist abhängig von der Art der Filterung. Wünscht man Nekrose eines Tumors, so verwendet man zweckmäßig dünne Filter und exponiert

lange; will man eine Tiefenwirkung, so sind 2-mm-Platinfilter oder 4-mm-Bleifilter zu verwenden; dann passieren das Filter nur die härtesten β- und die γ-Strahlen. Zur Vermeidung der Filtersekundärstrahlung umgeben Gummihüllen die Kapseln. Bestrahlt wurden Ulcus rodens, Epitheliome, Sarkome, Mamma-, Oesophagus-, Cervix- und Blasencarcinome. Verwandt wurden Dosen bis zu 1 g reines Radiumsalz. Genaue Angaben über die Heilresultate fehlen, Erfolge im allgemeinen gut, häufig wurden Tumoren zum Schwinden gebracht. Verf. kommt zu folgendem Resüme: in allen Frühfällen Operation, die immer noch die besten Resultate liefert. Für die Rezidivverhütung konkurriert die Röntgen- mit der Radiumbestrahlung. Die Radiumtherapie tritt an die Stelle der Operation, wenn diese abgeschlagen wird oder kontraindiziert ist, und in den inoperablen Fällen. *Gauss* (Freiburg i. Br.).

Haret, G., Traitement par l'introduction de l'ion radium d'une récidive postopératoire de sarcome. (Behandlung eines postoperativen Sarkomrezidives mit Radiumionen.) Journal de radiol. Bd. 7, Nr. 1, S. 32—36. 1913.

Von Chirurgen wurde ein vorher mit Jod und Quecksilber erfolglos behandeltes Chondrosarcoma humeri von Hühnergröße exstirpiert; es bleibt jedoch ein Infiltrat der Haut mit Knötchen bis zur Fingerhutgröße. Anwendung der Radiumelektrolyse: eine Kompresse von der Oberfläche 60 qcm wird mit Aqu. dest., enthaltend 15 Mikrogramm Radiumbromür, getränkt, mit dem positiven Pol verbunden und der kranken Stelle aufgelegt. An der gegenüberliegenden Hautfläche liegt die mit reinem Aqu. dest. getränkte negativ verbundene Kompresse. 15 M. A. passieren den Stromkreis, also $^1/_4$ M. A. pro qcm 30 Minuten lang. Wöchentlich 3 mal die gleiche Applikation. Nach 14 Sitzungen ist das ganze Infiltrat verschwunden; nach 19 Monaten besteht noch Rezidivfreiheit. *Gauss* (Freiburg i. Br.).

Voigts, Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz in der Gynäkologie. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 22, S. 1188 bis 1191. 1913.

Dem chemisch reinen Mesothorium, dem die α-Strahlen fehlen, sind für den praktischen Gebrauch 25% Radiumbromid zugesetzt, so daß das fabrikmäßig hergestellte Präparat α, β und γ Strahlen enthält. Der wichtigste Unterschied zwischen den Röntgen- und den vom Mesothorium gelieferten Radiumstrahlen besteht nun für die Zwecke der Tiefenbestrahlung darin, daß die γ-Strahlen des Radiums und auch des Mesothoriums eine erheblich größere Penetrationskraft haben als die diesen ähnlichen Röntgenstrahlen. An der Bummschen Klinik wird seit Ende 1912 mit Mesothorium gearbeitet, worüber Voigts eingehend berichtet. Das Präparat ist zu diesem Zwecke zu 20 und 50 mg in Silberröhrchen eingelassen, die sich als zweckmäßigste Applikationsart sowohl intrauterin als auch vaginal erwiesen, nachdem man im Anfangsstadium der Versuche durch zu dünne Filter und zu lange Bestrahlungsdauer Reizungen und Verbrennungen erlebt hatte. Darunter sind drei Fälle von Verbrennungen schwereren Grades, die ausführlich aufgeführt werden. Augenblicklich wird folgendermaßen verfahren:

Blei- oder Silberfilter von 0,5—1 mm Dicke, Einhüllung des Röhrchens in Mattpapier zur Absorption der Sekundärstrahlen, darüber Gummifinger. Vor dem Einlegen in den Uterus, das aseptisch geschieht, werden die Röhrchen in Arg. nitr. oder Jodtinktur desinfiziert. Sie sind an einem graduierten Kupferdraht befestigt, so daß sie bequem in wechselnde Tiefe eingelegt werden können. Kreuzfeuerverfahren, Bestrahlungszeit nicht über 12 Stunden; Pause zwischen den Bestrahlungen 2 mal 24 Stunden. So wurden behandelt: 7 Fälle von klimakterischen Blutungen, 6 Fälle von Metritis und Menorrhagie, 3 Fälle mit Blutungen infolge von Adnexerkrankungen. Es gelang, die Blutungen sehr schnell zu stillen und mit Ausheilung der Entzündung in kurzer Zeit Amenorrhöe herbeizuführen. Von den Myomfällen wird über 2 Fälle berichtet, bei denen das Mesothorium im Stich ließ und deshalb operiert wurde. In den Ovarien fanden sich beide Male mikroskopisch keine Veränderungen, die einwandfrei auf die Bestrahlung zurückzuführen waren.

Das Mesothorium zeigte sich der Röntgenbestrahlung bei Behandlung der obenerwähnten Erkrankungen als gleichwertig, ja dürfte sie bei weiterer Ausbildung noch übertreffen. *Goldschmidt* (Hannover).

Opitz, Erich, Über die Wirkung von Radiumemanation auf Uterusblutungen. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 22, S. 806. 1913.

Verf. hat bei mehreren Metrorrhagien ohne anatomische Basis, bei denen er in der Anamnese Gicht oder harnsaure Diathese fand, Inhalationen im Radiumemanatorium angewandt (wöchentlich 2mal 2—3 Stunden] mit günstigem Erfolge. *Gauss* (Freiburg i. Br.).

Werner, R., Die Radiotherapie der Geschwülste. (*Samariterh., Heidelberg.*) Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 614—622. 1913.

Verf. zieht die Schlußfolgerungen aus den mit der Röntgentherapie und radioaktiven Substanzen an 3500 Geschwulstkranken gemachten Erfahrungen. Die größten Schwierigkeiten für die Prognose des Erfolges bereitet ohne Zweifel die große Differenz in der Radiosensibilität zwischen den verschiedenen Geschwulstarten, aber auch hinsichtlich der Radiosensibilität innerhalb ein und desselben Tumors. Ebenso wichtig ist die Empfindlichkeit des benachbarten Gewebes. In der letzten Zeit wird die Röntgenbestrahlung durch die Behandlung mit radioaktiven Stoffen (Radium und seine Emanation, Mesothorium, Thorium X usw.) in immer steigendem Maße unterstützt. Aktinum hat sich als zu schwach erwiesen. Die radioaktiven Substanzen sind den Röntgenstrahlen besonders in der Behandlung von Tumoren, die in natürlichen Körperhöhlen liegen, überlegen (intratumorale Bestrahlung). Verf. bespricht auch die Wirkung des Cholins, eines basischen Körpers, der durch die Zersetzung des Gewebes durch die Strahlentherapie frei wird. Durch Cholininjektionen konnten dieselben Effekte hervorgerufen werden wie durch direkte Bestrahlung. Bezüglich des Dauererfolges kann zwischen den Ergebnissen der einfachen Röntgenbehandlung und der kombinierten Radiotherapie ein Vergleich zurzeit noch nicht gezogen werden. *Hirsch* (München).

Seeligmann, Ludwig: Die kombinierte Chemo- und Röntgentherapie maligner Geschwülste. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 27, S. 1310—1312. 1913.

In einem Carcinomherd ist zu unterscheiden zwischen den älteren massigen Krebszellen und den jüngeren Neoplasmazellen der Randzone, die makroskopisch nicht mehr wahrgenommen werden können. Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die verschiedenen Schichten des Carcinoms ist demgemäß auch verschieden. Die älteren Partien werden viel leichter aufgelöst und zerstört, die junge Randzone dagegen wird nicht angegriffen (Bumm, Döderlein, Krönig, Gauss).

Aus diesen Erwägungen heraus behandelte Verf. einen Fall von schwerem Sarkomrezidiv des rechten Eierstocks mit zahlreichen Metastasen in die Wirbelsäule mit der kombinierten Strahlen und Chemotherapie. Das Mädchen erhielt innerhalb 8 Wochen 7 Injektionen von 0,1 Arsacetin (Arsenverbindung), außerdem eine Bestrahlungsserie von 50. Es ist jetzt völlig gesund und arbeitsfähig. Der Tumor ist verschwunden, die Metastasen in der Wirbelsäule sind ausgeheilt.

Doch ist bei der Anwendung von Arsacetin Vorsicht anzuwenden wegen der Gefahr von Augenschädigungen. Das Arsen des Arsacetins hat nach der Ansicht des Verf. eine große Affinität zu den weiter vorgeschobenen jungen Krebszellen. Infolge der kombinierten Strahlen- und Chemotherapie sind größere Strahlendosen unnötig. *Hirsch.*

Strasser, Alois: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hydrotherapie. Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 26, S. 1027—1031. 1913.

Referat, erstattet auf dem 34. Balneologen-Kongreß, Berlin 1913.

Schmincke, R.: Vergleichende Untersuchungen über die Beeinflussung der Körpertemperatur durch Wasser-, Kohlensäure- und Moorbäder. Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 27, S. 1080—1081. 1913.

In einem Wasserbade von 20° C steigt die Körpertemperatur in Mund, Achselhöhle und After um ca. 0,3—0,4° C, in einem Moorbad oder in einem kohlensauren Bade ist nur ein Steigen der Mundtemperatur angedeutet; die Temperatur der Achselhöhlen und des Afters sinkt sofort. Beim Moorbad hat dies seinen Grund in der geringeren spezifischen Wärme und im geringeren Wärmeleitungsvermögen des Moores, die keine so starke Kältewirkung hervorrufen, daß es zu einer Temperaturerhöhung kommt. Beim CO_2-Bad verhindert entweder der die Haut des Badenden umgebende Mantel von CO_2-Bläschen die Abgabe der Körperwärme, oder aber diese üben sogar einen Wärmereiz aus. Für Anwendung hoher Temperaturen ist seiner niederen Wärmewirkung wegen das Moorbad am geeignetsten. *Hannes* (Breslau).

Popielski, L.: Hypophysis und ihre Präparate in Verbindung mit ihren wirksamen Substanzen. (*Inst. f. exp. Pharmakol., Univ. Lemberg.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 25, S. 1156—1158. 1913.

In der Hypophysis finden sich sowohl blutdrucksteigernde als auch eine den Blutdruck herabsetzende Substanz. Sowohl die ersten beiden, Pituitrin und Pituglandol, als auch die dritte, Hypophysin, sind von praktischen Ärzten mit gutem Erfolg als wehenunterstützende Mittel verwendet worden. Ist es schon sehr auffallend, daß zwei Substanzen mit direkt entgegengesetzter physiologischer Wirkung die gleichen Erscheinungen am Uterus in der Geburt auslösen sollen, so muß besonders betont werden, daß bisher keine Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, diese Mittel als wehenerregend anzuerkennen. Wenn die Hypophysis überhaupt in dieser Weise wirkt, dann muß man die gleiche Wirkung auch von allen übrigen Organen erwarten, die alle auch Vasodilatin und Vasohypertensin enthalten. Verf. steht der Frage der Wehenanregung durch Hypophysenpräparate sehr skeptisch gegenüber. *Gins* (Charlottenburg).

Fühner, Hermann, Pharmakologische Untersuchungen über die wirksamen Bestandteile der Hypophyse. (*Pharmakol. Inst., Freiburg i. B.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **1,** H. 5, S. 397—443. 1913.

Das Hypophysin besitzt nach der pharmakologischen Prüfung die Gesamtwirkung der Hypophyse auf Blutdruck, Atmung und Gebärmutter. Die Wirkung des Hypophysins auf Atmung und Blutdruck bei Kaninchen und Katzen war zum Teil verschieden. Die Prüfung an der isolierten Gebärmutter mehrerer Tierarten dagegen sowie die Experimente an der Gebärmutter in situ nach einer vom Verf. angegebenen neuen Methode ergab stets gleichsinnige Resultate. Trotz seines einheitlichen Aussehens erwies sich das Hypophysin bei genauerer Untersuchung als aus vier Bestandteilen, welche ebenfalls kristallinisch erhalten werden konnten, bestehend. Der erste dieser Bestandteile ist klinisch wenig wirksam, namentlich was Atmungs- und Gebärmutterwirkung angeht, hingegen zeigt er die typische Blutdruckwirkung des Hypophysins. Das zweite Produkt zeigt gut ausgeprägte Blutdrucks-, Atmungs- und Gebärmutterwirkung. Das dritte Produkt ist qualitativ gleich quantitativ namentlich am Uterus stärker wirksam als das zweite. Das vierte Produkt (Mutterlauge und kristallinischer Bestandteil) hat ebenso starke Gebärmutterwirkung wie das dritte Produkt, aber nur sehr geringe Atmungs- und Blutdruckwirkung. Die therapeutisch in erster Linie in Betracht kommende Gebärmutterwirkung der Hypophyse ist demnach nicht in einem einzelnen ihrer Teile lokalisiert, sondern verteilt sich ähnlich wie im Mutterkorn auf verschiedene Substanzen. Außer diesen vier Produkten, die in bestimmtem und sich gleichbleibendem Verhältnis zusammen das Hypophysin des Handels bilden, sind aus dem enteiweißten Hypophysenextrakt noch vier weitere Bestandteile, darunter eine Säure, isoliert worden. Diese Substanzen zeigten jedoch alle keine nennenswerte Wirkung. *Benthin.*

Liertz, Rhaban: Pantopon, Pantopon-Scopolamin und Secacornin in der Landarztpraxis. Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 26, S. 1041—1042. 1913.

Verf. hat das Pantopon sowohl zur Herabsetzung des Wehenschmerzes wie während der Austreibungsperiode besonders vor Operationen verabfolgt. Im Beginne der Geburt rät er zur individuellen Verwendung, da die subcutane Einverleibung von 0,02 ccm Pantopon zwar die Schmerzhaftigkeit der Wehen stark herabsetzt, aber auch die Häufigkeit und Stärke der Wehen verringert. Bei einer Erstgebärenden verzögerte Pantopon sogar den Geburtsverlauf, so daß das Kind etwas cyanotisch geboren wurde. Bei geburtshilflichen Operationen wurde Pantopon eventuell mit 0,0002 ccm Scopolamin injiziert. Bei etwas empfindlichen Frauen wurde außerdem eine leichte Narkose mit ca. 5 ccm Äther oder Chloroform gegeben. Dabei wurde als wertvoll beobachtet, daß stets nach der Geburt ein ruhiger Schlaf eintrat. Gleich angenehm zeigte sich die Verwendung des Pantopons bei manueller Placentarlösung sowie bei Curettements. Als schmerzstillendes Mittel verwandte Liertz das Pantopon weiterhin bei Gallenstein- und Nierensteinanfällen, bei Peritonitis, Cystitis und schließlich als Beruhigungs-

mittel bei nervösen Erregungszuständen, Tobsuchtsanfällen usw. Das Secacornin hat er als wehenerregendes Mittel (1 ccm) erfolgreich angewandt. Vor der Verabreichung unmittelbar nach der Geburt vor Ausstoßung der Placenta wird gewarnt. Mehrere vollständige Atonien wurden durch Injektion von 1 ccm Secacornin behoben. Bei Dysmenorrhöe gegeben verminderte es die Schmerzen, bei Menorrhagien die Blutungen. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Triboulet, L'urotropine. (Das Urotropin.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 24, S. 481—482. 1913.

Das für die Behandlung der Nieren so wichtige Urotropin hat, wie Chauffard schon nachwies, einen unbestreitbaren Einfluß auf die Gallenwege. Hierdurch veranlaßt kam Triboulet auf den Gedanken, daß es auch vielleicht bei Typhus günstig wirken würde. Bemerkenswert ist, daß man es in hohen Dosen geben kann und soll, ohne Nachteile zu sehen; er gibt bis zu 6 g bei Typhus auf einmal subcutan. Nur ein einziges Mal wurde im Urin eine geringe Trübung in der Hitze festgestellt, die sich aber bei genauerer Prüfung als Pseudoalbumen erwies. *Bretz* (Bonn).

Allgemeine Chirurgie:

Schneider, Franz: Disinfection and disinfectants. (Desinfektion und Desinfektionsmittel.) Public health journal Bd. **4**, Nr. 5, S. 300—302. 1913.

Bespricht die Fortschritte, welche die Desinfektionslehre der Bakteriologie zu danken hat, die die Desinfektionsmittel im einzelnen Falle auf ihre Wirksamkeit prüft und so ein Individualisieren in der Anwendung gestattet. Desinfektion kann bewirkt werden entweder durch Anwendung hoher Hitzegrade, oder durch gasförmige oder flüssige, giftige Substanzen. Weniger in Frage kommen Sonnenlicht und Elektrizität. Der Gesamtbereich der Desinfektion erstreckt sich theoretisch auf den infizierten Körperteil, die Ausscheidungen des kranken Menschen sowie auf alle ihn umgebenden Gegenstände; praktisch sind der Desinfektion des erkrankten Körperteils enge Grenzen gesetzt, da die Mittel, welche die Bacillen im Gewebe töten, zumeist auch letzteres selbst vernichten. Es folgen eine Reihe bekannter Spezialvorschriften für Desinfektion von Auswurf, Stuhl, Urin, wobei die Unwirksamkeit des Sublimats beim Zusammentreffen mit Eiweißsubstanzen betont wird. Verf. unterscheidet im besonderen desodorierende Mittel, Antiseptica, welche das Wachstum und die Vermehrung der Keime hemmen und Desinfektionsmittel, die die Bacillen selbst abtöten. *Rittershaus* (Coburg).

Milian, Appareil permettant d'obtenir et de conserver de l'eau distillée aseptique et absolue. (Apparat zur Gewinnung und Aufbewahrung von chemisch-reinem und keimfreiem destillierten Wasser.) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 19, S. 150—151. 1913.

Das gewöhnliche destillierte Wasser wird nochmals destilliert, und zwar bei sehr niedriger Temperatur, indem er es durch Einschaltung einer Bunsenwasserluftpumpe in einen luftverdünnten Raum hinüberdestillieren läßt. Sodann läßt er das Kondenswasser noch durch einen feinstporigen, chemisch nicht angreifbaren Porzellanfilter gehen, um die vom Glase etwa abgegebenen Kolloidkörper zurückzuhalten und fängt schließlich dieses redestillierte und filtrierte Wasser in Gefäßen, die aufs sorgfältigste mit destilliertem Wasser gewaschen und danach steriliert sind, auf. Wenn er diese letzten Gefäße nunmehr keimdicht abschließt, so kann das chemisch absolut reine destillierte Wasser keimfrei beliebig lange aufbewahrt werden. Mit diesem von M. Duret hergestellten Apparat können in 1 Stunde $1^1/_2$ l destilliertes Wasser gewonnen werden. *Fuchs* (Breslau).

Bull, Charles P., A drop method of giving ether with a closed inhaler. (Eine Äther-Tropfmethode mit geschlossener Maske.) Med. record Bd. **83**, Nr. 21, S. 938—939. 1913.

Als beste Maske bewährte sich ein Konus, dessen untere Öffnung der Form des Gesichts angepaßt ist und dessen obere mit mehreren Lagen Gaze bedeckt ist. Auf die Außenfläche der Gaze wird der Äther getropft; bei der Einatmung werden dann die Ätherdämpfe angesogen, bei der Ausatmung die Expirationsluft herausgedrückt. In dem Innenraum der Maske sammelt sich aber stets von der Ausatmung erwärmte Luft an, so daß bei der Einatmung das Ätherluftgemisch trotz der Verdampfung des Äthers annähernd körperwarm ist. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Nicolich, Rachi-anesthésie en chirurgie génito-urinaire. (Die Rückenmarksanästhesie in der urogenitalen Chirurgie.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10**, Nr. 57, S. 197—202. 1913.

Verf. hat die Methode seit dem Jahre 1907 bei 409 Patienten angewandt; er gebrauchte die Ampullen von Stovain-Adrenalin von Billon und später noch mit Zusatz von Strychninsulfat nach Jonnesco. Es wurden mit dieser Anästhesie 148 Nierenoperationen, 42 Prostata-, 83 Blasen- 12 Damm- und 124 Genitaloperationen ausgeführt. Bei 5 Kranken wurde die Methode 2 mal angewandt.

Die Resultate waren so zufriedenstellende, daß Verf. zu der Überzeugung kommt, daß die Rückenmarksanästhesie bei den erwähnten Operationen dem Chloroform und Äther vorzuziehen ist, vorausgesetzt, daß die Dosis des Stovain nicht zu groß ist. Versagt hat die Methode in 23 Fällen. Immerhin ist die Methode nicht ganz gefahrlos und erfordert sorgfältige Kontrolle des Herzens. Es wurden nur vorübergehende Schädigungen in wenigen Fällen gesehen, die bald verschwanden. Wenn man bedenkt, daß nach Neubert auf 2060 Chloroformnarkosen ein Todesfall kommt, und auf 4762 Skopolaminnarkosen einer, so ist unbedingt der Rückenmarksanästhesie mit Stovain der Vorzug zu geben. *Hirschberg* (Berlin).

Rouffart et Potvin: L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie. (Der suprasymphysäre quere Fascienschnitt in der Gynaekologie.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21** (H. 6), S. 161—173. 1913.

Nach ausführlicher Beschreibung der Technik des queren Fascienschnittes nach Pfannenstiel erwähnen die Verff. kurz die Gegenindikationen gegen seine Anwendung. So paßt er nicht für die Entfernung sehr großer Tumoren, für die der Schnitt bis oberhalb des Nabels geführt werden muß; ferner nicht für die Fälle, in denen die Bauchdeckenmuskeln atrophisch oder nur schwach entwickelt sind oder eine große Diastase besteht; endlich nicht für die Notfälle, in denen die größte Eile notwendig ist, wobei der einfache Medianschnitt viel rascher auszuführen ist. Demgegenüber bietet der Fascienquerschnitt eine Reihe von Vorteilen: die Narbe ist infolge der günstigen Lagerung der Muskeln eine viel festere, so daß am sichersten einer postoperativen Hernie dadurch vorgebeugt wird; so sind hiernach nur 0,17% Hernien zu verzeichnen gegenüber 6% bei den sogar per primam geheilten Medianschnitten. Diese Narbenfestigkeit ermöglicht ferner das frühere Aufstehen der Laparotomierten. Nicht zu unterschätzen ist bei Anwendung des Fascienquerschnittes die Möglichkeit, andere Operationen mit demselben zu kombinieren, s. z. B. lageverbessernde Operationen am Uterus nach Art der von Alexander-Adams oder der von Kreutzmann und Spaeth angegebenen Methode des Einnähens der Ligamenta rotunda in den bestehenden Fascienschnitt; ferner können Hernien von demselben Schnitte aus durch Verlängerung des Schnittes um einige wenige Zentimeter radikal operiert werden. Aus der angeführten Statistik der Verff., die 92 Fälle umfaßt, ergibt sich die vielseitige Brauchbarkeit dieses Schnittes, so daß man mit Recht behaupten kann, daß er in etwa 90% der gynaekologischen Laparotomien zur Anwendung kommen kann. *Keller.*

Spinelli, P. G., Il sifone idraulico nella laparotomia. (Der hydraulische Saugheber bei Laparotomien.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16**, Nr. 5, S. **113** bis 117. 1913.

Angelegentlichste Empfehlung des Saughebers zur schnellen und sicheren Entleerung von freien oder abgekapselten Flüssigkeitsergüssen im Abdomen; besonders nützlich erweist sich das Verfahren zur prophylaktischen Entleerung von abgekapselten oder in Sactosalpingen, vereiterten Cysten, Gallenblasenempyemen enthaltenen Eitermengen; es gelingt hier ausnahmslos, ohne jede Verunreinigung des Operationsfeldes und des freien Peritoneums in kürzester Zeit das septische Material wegzuschaffen; ferner kann der Nachteil der Bauchhöhlenspülungen mit großen Mengen physiologischer Kochsalzlösung bei diffuser Peritonitis oder grober operativer Verunreinigung des Bauchfells durch die völlige Absaugung der Spülflüssigkeit aus dem Abdomen vermieden werden; weiter läßt sich bei noch so ausgedehnter freier Blutung diese in kür-

zester Zeit aus der Bauchhöhle wegsaugen; endlich werden unvermutet bei Operationen durch Anreißen von Cysten, großen Gefäßen eintretende Überschwemmungen des Operationsgebietes in kürzester Zeit beseitigt.

Die Saugvorrichtung besteht aus einer an die Wasserleitung angeschlossenen Saugpumpe, an diese wird ein sterilisierter starker Gummischlauch angebracht, welche die Saugvorrichtung trägt: 15—18 cm lange, $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltende Kanüle mit abgestumpftem Ende, an welchem auf eine Länge von 5—6 cm cirkuläre Öffnungen angebracht sind. *Albrecht.*

Kautt, Emil, Ein neues Rahmenspeculum für Laparotomien DRGM. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 24, S. 902—905. 1913.

Beschreibung eines aus zerlegbarem Rahmen mit vier verstellbaren Speculis bestehenden Rahmenspeculum. Sein Vorteil gegenüber ähnlichen Systemen soll darin bestehen, daß sich die Specula in verschiedenen Stellungen fixieren lassen, und daß man nach Bedarf 2, 3 oder 4 Specula verwenden kann. *Freund* (Wien).

Umfrage über die Vorbereitung des Operationsfeldes. Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 28, S. 1123—1124. 1913.

Becker, Ernst: Eine Warmwasserversorgung für Operationssäle mit einfacher Waschbeckenanlage. (*Städt. Krankenh., Hildesheim.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 29, S. 1141—1144. 1913.

Schubert, G., Beiträge zum postoperativen Ileus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 500—516. 1913.

Zum postoperativen Ileus rechnet man diejenigen Erscheinungen von Darmverschluß, die 10—14 Tage nach Laparotomie auftreten. Wenn das zeitliche Zusammentreffen von Ileus und Laparotomie nicht Zufall, kommen als Kausalmomente in Betracht: 1. Mechanische Reize auf Darm und Bauchfell. 2. Infektion der Bauchhöhle. 3. Verklebung von Darmschlingen mit gesetzten Wundflächen und Adhäsionssträngen. 4. Verschluß von Mesenterialgefäßen. Zu 1. selbstbeobachtetes Beispiel, wo Relaparotomie übermäßig geblähte Darmschlingen bis herab zur Flexura coli lienalis, sonst kein mechanisches Hindernis ergab und Entleerung durch hoch hinaufgeschobenes Darmrohr sofortige Heilung erzielte (zuvor fäkulentes Erbrechen). Bezüglich Duodenojejunalverschluß hält Verf. Zusammenwirken von Magendilatation mit Verlagerung der Dünndarme ins kleine Becken für die wahrscheinlich häufigste Ursache. Ein eigener Fall (Tamponade des Wundbettes nach supravaginaler Amputation wegen Myomatose) wurde durch Lagerung auf die linke Seite und Magenausheberung geheilt. 2. Postoperative Darmlähmung infolge Infektion bei Operation wird bei „reinen" Fällen immer seltener. Auch umschriebene Peritonitis, Stumpfexsudate, ja Bauchdeckenabscesse (Beispiel) bewirken mitunter Ileus. 3. Ileus infolge Verklebungen oder Verwachsungen gewöhnlich erst nach drei Tagen post operat. Zu 4. ist Zusammenhang mit Schädigung durch Operation zwar anzunehmen, aber schwer zu beweisen. Bei zwei selbsterlebten Beispielen fehlt jeder Anhaltspunkt — einer betrifft vaginale Totalexstirpation. Differentialdiagnose bei postoperativem Ileus, ob paralytisch (dynamisch) oder mechanisch, für das Handeln von untergeordneter Bedeutung. Prophylaxe: Vermeidung zu starken Laxierens vorm Eingriff. Keine vorbereitende Hungerkur. Nur Abendmahlzeit tags zuvor fällt fort. Keine Laxantia; nur Klysma abends zuvor. Durch sorgfältige Abstopfung läßt sich dem etwas stärkeren Füllungszustand der Därme begegnen. Gute peritoneale Bedeckung von Wundflächen und Stümpfen. Nach Operation Darmanregung durch Wärmeapplikation; bei weiterer Darmträgheit Physostigmin, keine Glycerinwassereinläufe. Brechreiz bei hartnäckiger Verhaltung der Gase: Magenspülung, hoher Darmeinlauf; Verdacht auf Duodenalverschluß: Lagerung auf die linke Seite, Magenspülung. Versagen alle internen Mittel: sofort Relaparotomie, ohne Zeitverlust durch differentialdiagnostische Maßnahmen (Rieders Wismutschatten). Enterostomie, wenn möglich, umgehen, da kurze Revision des Operationsgebietes nur geringe Vergrößerung des Eingriffes und eine übersehene Gangrän den Tod besiegelt. Bei paralytischem Ileus lange Magensonde oder Darmrohr hoch per anum hinaufschieben unter Leitung der von der Bauchhöhle aus eingeführten Hand und sanfte Ausstreichung des Darmes. Bei zurückbleibender stärkerer Span-

nung: Vorlagerung und Incision oder Punktion einer geblähten Darmschlinge mit Einnähung derselben. Auch bei guter Entleerung durchs Darmrohr Einnähung einer geblähten Schlinge. Postoperative diffuse Peritonitis: Eröffnung des Abdomen an beiden Seiten, Durchspülung, Entleerung der Darmschlingen durch beiderseitige Enterostomie. Mechanischer Ileus: Lösung der Verwachsungen, Revision der Darmschlingen auf Lebensfähigkeit. Bei Verdacht auf Gangrän Primärresektion bei günstigem Allgemeinbefinden, sonst Vorlagerung. Mahnung vor zu frühzeitigerer Relaparotomie zum Zweck besserer Resultate. *Michael* (Leipzig).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

M'Donagh, J. E. R., and B. G. Klein, The treatment of gonorrhoeal infections by vaccines, and the regulation thereof by the complement fixation test. (Die Vaccinbehandlung gonorrhoischer Infektionen unter Berücksichtigung des Ausfalls der Komplementbindungsprobe.) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17,** Nr. 4, S. 559—580. 1913.

Die Komplementbindungsprobe bei gonorrhoischen Infektionen ist ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, nach dem auch die Vaccinbehandlung reguliert werden kann. Im latenten Stadium der Erkrankung kann die Bildung der nötigen Antikörper durch eine Injektion eines wirksamen Vaccins gefördert werden. Sind Antikörper schon vorhanden, so werden sie neutralisiert oder gestört, wenn eine solche Injektion von ausreichendem Vaccin vorgenommen wird. In solchen Fällen dienen die Antikörper augenscheinlich dazu, die Gesundheit des Körpers aufrecht zu erhalten, ohne daß sie die Infektionsherde ganz zerstören können. Die Neubildung von Antikörpern, die auf ihr zeitliches Verschwinden folgt, zeigt eine noch nicht erklärte Abweichung. Die Injektion eines wirksamen Vaccins erzeugt eine neue künstliche Immunität, die kräftiger ist als diejenige, welche bereits in dem infizierten Individuum besteht. Von den drei Methoden der Vaccinbehandlung hält die intravenöse autolysierte Lösung in ihrer Wirkung die Mitte zwischen einem gewöhnlichen und einem sensibilisierten Vaccin, ganz gleich, ob das letztere subcutan oder intramuskulär verabfolgt wird. Das durch ein menschliches Antigonokokkenserum sensibilisierte Vaccin ist dem durch ein Pferde-Immunserum sensibilisierten weit überlegen. Die Vaccinbehandlung ist als Ergänzung einer richtigen lokalen und Allgemeinbehandlung in vielen Fällen zur Erzielung völliger Heilung notwendig. *Blanck* (Potsdam).

Waeber, P., Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhöe. (*Frauen-Spit., Basel-Stadt.*) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43,** Nr. **25.** S. 769—771. 1913.

Verf. faßt das Resultat seiner Beobachtungen, die er an einer Anzahl weiblicher Gonorrhöen gemacht hat, dahin zusammen, daß das Gonokokkenserum für sich allein kein Heilmittel der Gonorrhöe darstellt; aber auch in Kombinationen mit Ruhe und Thermotherapie konnte eine Verkürzung des Behandlungszeit nicht festgestellt werden. Die Klinik v. Herff ist deshalb von dieser Therapie wieder vollständig abgekommen. *Jaeger* (Leipzig).

Clark, Milton Francis: A serum treatment for tuberculosis. (Eine Serumbehandlung der Tuberkulose.) Pacific med. journal Bd. **56,** Nr. 4, S. 227 bis 228. 1913.

Verf. ging von folgendem Gedanken aus: Da experimentell bewiesen ist, daß eine Ziege augenscheinlich nicht mit Tuberkulose infiziert werden kann, so ist anzunehmen, daß ihre Blutflüssigkeit Stoffe enthält, die den Tuberkelbacillus zerstören. Die Berechtigung liegt also vor, Ziegenserum oder Schildkrötenserum (auch diese ist refraktär) zu Heilzwecken den tuberkulösen Menschen zu injizieren.

Er behandelte einen Kranken entsprechend. Drei Wochen lang injizierte er jeden zweiten Tag 10 cc Ziegenserum. Unter dieser Behandlung stieg das Gewicht des Kranken um 11 Pfund, das Wohlbefinden wurde besser, der Appetit verstärkt, die Tuberkelbacillen waren in dem Sputum nicht mehr zu finden.

Er empfiehlt den Fachleuten, diese Behandlungsweise, die er aus äußeren Gründen nur an einem Kranken erproben konnte, weiter zu verfolgen. *Gins* (Charlottenburg).

Dally, J. F. Halls, The use of tuberculin in diagnosis and treatment. (Gebrauch von Tuberkulin zu Diagnose und Behandlung.) (Chelsea clin. soc., meet. 15. IV. 1913.) Med. magazine Bd. **22**, Nr. 5, S. 274—281. 1913.

Schilderung der Calmetteschen, v. Pirquetschen und Kochschen Reaktion. In der Behandlung empfiehlt Autor kleine Dosen mit großen Intervallen, unendlich fortgesetzt, für lokalisierte Tuberkuloseprozesse, große Dosen mit kurzen Intervallen für Tuberkulose der Lunge. Durch ersteres sei Immunisierung, durch letzteres außerdem Toleranz zu erreichen. Schneller Puls und steile Temperaturanstiege sprechen gegen Tuberkulintherapie. Ist Milchinfektion festgestellt, so ist Behandlung mit Vaccineserum des dominierenden Bakterium am Platze. Vergrößerung der Schatten im Röntgenbilde bei gutem Befinden spricht für fibröse Umwandlung der Herde. *Mohr* (Berlin).

Allgemeines über Geschwülste:

Lissauer, Max: Neuere Arbeiten über Geschwülste. Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 28, S. 1133—1135. 1913.

Sammelreferat.

Weber, Fr., Über die Fortschritte der Krebsbehandlung. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38**, Nr. 10, S. 112—117. 1913.

Verf. empfiehlt für die Radikaloperation der Krebse die erweiterten Operationsmethoden mittelst des Cold-Cauter mit nachfolgender prophylaktischer Röntgenbehandlung zur Vermeidung von Rezidiven. Bei der Unmöglichkeit der Radikaloperation operative Behandlung kombiniert mit Fulguration und Elektrokoagulation. Schmerzlinderung, bisweilen sogar Heilungsresultat erreicht. Ist jede Operation ausgeschlossen, Linderung durch Radium- und Röntgentherapie. Verf. spricht die Hoffnung aus, daß mittelst Chemotherapie auch beim Menschen gegen die bösartigen Zellelemente, die nach der Operation im Organismus zurückbleiben, erfolgreich angekämpft werden wird. *Graeupner* (Bromberg).

Horder, T. J., The non-operative treatment of malignant disease. (Die nicht operative Behandlung von malignen Tumoren.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 10, S. 145—151. 1913.

Verf. bespricht, ohne auf Einzelheiten einzugehen, die bis jetzt gemachten Versuche zur nicht operativen Behandlung von malignen Tumoren. Nichts Neues. Zu erwähnen ist nur, daß Horder der Ansicht ist, daß die Wirkung der Strahlentherapie weniger in einer Vernichtung des kranken, als in einer Anregung des gesunden Gewebes zu suchen ist. *Zoeppritz* (Göttingen).

Wenulet, F. F.: Multiple Geschwülste. (*Inst. d. Allg. Patol. Univ. Moskau.*) Russkji Wratsch Bd. **12**, Nr. 21, S. 159—163. 1913.

Mitteilung von 3 Fällen multipler primärer bösartiger Geschwülste.

1. Fall: 38jährige Frau. Adenocarcinoma der Schilddrüse. Ulceriertes gangränöses Plattenepithel. Carcinom der Portio mit Scheiden-Mastdarm-Fistel. 2. Fall: Exulceriertes Adenocarcinom der kleinen Kurvatur des Magens, Portiocarcinom. Im 3. Fall fand sich ein Adenocarcinom des Magens, nachdem vor einigen Jahren bei derselben Frau ein Cancroid der Unterlippe exstirpiert worden war.

Die Seltenheit des multiplen Auftretens primärer maligner Tumoren sucht Verf. durch die atreptische Theorie (ἀτρέφω) zu erklären. *Braude* (Berlin).

● **Czerny, Vincenz: Über die neuen Bestrebungen, das Los der Krebskranken zu verbessern.** Naturwiss. Vortr. u. Schrift., hrsg. von d. Berl. Urania H. 10. Leipzig u. Berlin: Teubner 1913. 18 S. M. 0,60.

Populärer Übersichtsvortrag am 5. März 1913 (s. auch Monatsschrift „Himmel und Erde"). Im deutschen Reich sterben jährlich 50000, leben ca. 100000 Krebskranke. Zunahme in Preußen in etwas über 20 Jahren von 340 auf 730 pro Million, in England in 40 Jahren von 500 auf 1060, bei Männern von 200 auf 820. Hauptzunahme betrifft Brust-, Uterus-, Magendarmkrebse. In allen Ländern kommt Krebs vor, stellenweise gehäuft, in anderen Gebieten (z. B. Oberägypten) sehr selten. Der Uteruskrebs ist bei

den Indianerinnen fast unbekannt. — Das Krebsproblem ist immer noch eine Gleichung mit mehreren Unbekannten. Wir müssen mit individueller Disposition rechnen. Die Versuche, Erreger oder wenigstens einen Zwischenwirt zu finden, haben noch kein Resultat. Aber es ist für Czerny sehr wahrscheinlich, daß Erreger existieren. Es ist auch schon gelungen, Krebs und Sarkom zu erzeugen durch säurefeste Bacillen. Möglicherweise gibt es Bacillen, welche bestimmte chemische Reizstoffe andauernd produzieren, und so die Ursache der krebsigen Zellwucherung werden. Beim Röntgenkrebs, dem schon 65 Menschen zum Opfer gefallen sind, dürfte die Hautentzündung nur die Eingangspforte für den Erreger schaffen. Um sich gegen Krebs zu schützen, gibt es also einstweilen nur allgemein hygienische Vorschriften. — Für die Behandlung hat die Frühoperation noch ihre gute Berechtigung. Freilich kommt bei manchen Krebsen die Operation immer zu spät. Im großen und ganzen rechnet man bei Hautkrebsen 80—90%, bei Brustkrebs 40%, bei Magendarmkrebs 20—30% Heilung. Frühzeitige Diagnose verborgener Krebse ist heute noch nicht recht möglich. Die angegebenen Methoden sind teils zu umständlich, zu viel Fehlerquellen ausgesetzt, teils überhaupt nicht spezifisch. Auf die Entdeckung einer guten Methode ist von privater Seite ein Preis von 100 000 Dollar ausgesetzt. — Gut sind Operationen mit hochgespannter und hochfrequenter Elektrizität. Fulguration und Röntgenstrahlen sind für die Nachbehandlung wichtig. Behandlung von Rezidiven ist nicht aussichtslos. C. konnte bei verzweifelten Fällen in 27% Besserung, in 13% anscheinend Heilung erzielen (Beobachtungszeit zu kurz) durch Kombination von Strahlen- und Chemotherapie. Röntgenbestrahlung, Radium und das durch Hahn eingeführte Mesothorium wirken sehr günstig, aber scheinbar nur vorübergehend. Man muß immer wieder bestrahlen. Die Menge der Strahlen darf dabei nicht übertrieben werden. Die Kombination mit Borcholin gleichzeitig ist in 170 Fällen versucht worden. 48 mal überraschende Erfolge, in anderen Fällen gar keine. Selen-Vanadium hat sich nicht bewährt, die Eosinpräparate sind noch zu giftig. Kieselsäure verzögert den Verlauf der Krebse wohl etwas; Arsen ist bei oberflächlichem Sitz manchmal recht gut. Im ganzen ist die Kombination von Strahlen- und Chemotherapie sehr aussichtsreich. — Zum Schlusse eine Übersicht über den derzeitigen Stand der Krebshäuser. Deutschland hat 2 und 5 in Vorbereitung, Rußland 2, England 6, Amerika ein staatliches und 4 Stiftungen, Frankreich 1; in Österreich, Belgien, Genf, Mailand und Madrid sind weitere in Vorbereitung. *Kermauner.*

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Weil, P. Émile: Le traitement des hémorragies génitales de la femme par les sérums sanguins. (Die Behandlung der Genitalblutungen beim Weibe mit Blutserum.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 5, S. 257—271. 1913.

Bereits im Jahre 1905 hat Weil Hämophile mit Blutserum behandelt, da er beobachtet hatte, daß Serum die Koagulationsfähigkeit des Blutes erhöhe. Auf Grund dieser Erfahrungen ging er dazu über, auch Menorrhagien und Metrorrhagien jeder Art mit Pferdeserum in intramuskulärer oder subcutaner Injektion von 20—30 ccm zu behandeln. Die intravenöse Anwendung wird besser wegen anaphylaktischer Erscheinungen vermieden, die Verabreichung per os ist wirkungslos, höchstens kommen noch Vaginal- oder Uterustamponaden mittels in Serum getränkter Gaze in Betracht. Steht die Blutung, so muß ihre Wiederkehr durch weitere Behandlung mit Thyreoidextrakt verhütet werden. *Klein* (Straßburg i. E.).

Colorni, C.: Glicosuria e diabete sotto il punto di vista ostetrico-ginecologico. (Glykosurie und Diabetes vom geburtshilflichen und vom gynaekologischen Standpunkt aus.) (*Clin. ostetr.-ginecol., Bologna.*) Lucina Jg. **18**, Nr. 5, S. 69—74. 1913.

Nichts Neues über Zuckerkrankheit bei gynaekologischen Affektionen. Die Wechselbeziehungen zwischen Diabetes und Schwangerschaft werden auf Grund von 87 in der Literatur niedergelegten Fällen auseinandergesetzt. Verf. kommt zu folgenden

Schlüssen: Der Diabetes übt einen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf der Schwangerschaft aus. Nur in 48% der Fälle wurden reife Kinder geboren, sonst endete die Gravidität mit einer Frühgeburt (am häufigsten im 8. Monat) oder mit einem Abortus. Die vorzeitig abgestoßenen Früchte waren mitunter maceriert. Von den reifen Kindern sind nicht wenige schon in den ersten Tagen nach der Entbindung zugrunde gegangen, so daß unter 85 Fällen die Gesamtmortalität 62% betrug. Ein meistens sich rasch entwickelndes und durch erhebliche Beschwerden kompliziertes Hydramnion wurde in 27% der Fälle beobachtet. Was die Rückwirkung der Gravidität auf den Verlauf der Zuckerkrankheit anbelangt, so ist eine Verschlimmerung der letzteren manchmal schon in den ersten Monaten zu beobachten. Die größte Gefahr für die Mutter besteht immer bei der Entbindung und im unmittelbaren Anschluß an die Geburt in der Gefahr leicht auftretenden Coma diabeticum. Im Wochenbett wurde in der Hälfte der Fälle eine meist vorübergehende Besserung beobachtet, der ungefähr gegen den 4. Monat post partum eine Verschlechterung der diabetischen Erscheinungen folgte. In den übrigen Fällen blieb die Erkrankung entweder stationär oder verschlimmerte sich allmählich, mitunter kam es auch zur Entwicklung einer Lungentuberkulose. Die Gesamtmortalität in den ersten drei Jahren nach der Geburt betrug 46%. Das Stillen wirkte gewöhnlich ungünstig für die Mutter; durch die Unterbrechung desselben trat öfter eine Besserung ein. Was die Prognose anbelangt, so ist ein Unterschied zwischen schweren und leichten Diabetesformen kaum möglich, weil letztere sich rasch während der Gravidität verschlimmern können. Als Prophylaxe sollte bei allen diabetischen Frauen (abgesehen von ganz leichten Fällen) das Eheverbot gelten, bei den Verheirateten wäre eine Vermeidung der Konzeption notwendig. Die Therapie ist eine hygienische und eine diätetische. Verf. meint, daß Unterbrechung der Schwangerschaft, wenn sie nur in schonender Weise und unter Vermeidung der Narkose eingeleitet wird, viel häufiger zu empfehlen wäre, als es bis jetzt geschehen ist. *Colombino* (Mailand).

● Orlowski, Die Schönheitspflege. Für Ärzte und gebildete Laien. 3. verb. Aufl. Würzburg, Kabitzsch. 1913. VII, 132 S. M. 2,50.

Verf. ging bei der Abfassung dieses Buches von dem Standpunkt aus, daß ein Buch für Kosmetik für den Arzt und den Laien verständlich sein muß; es werden in gemeinverständlicher Weise in einzelnen Kapiteln alle Gebiete der Kosmetik besprochen. Den Gynaekologen interessiert das Kapitel Schönheitspflege während der Schwangerschaft. Es wird Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr zur Vermeidung von Fruchtwasseransammlung und Überdehnung des Leibes empfohlen. Gymnastische Übungen sollen bis zum Ende der Gravidität ausgeführt werden; täglich fünfmal Rumpfkreisen bei etwas gespreizten Beinen, Armstrecken nach oben, unten und hinten 5—15 mal, Rumpfaufrichtung auf ebener Chaiselongue 5—10 mal (bis zum 7. Monat der Gravidität), Rumpfbeugen (bis zum 8. Monat der Gravidität). Zweimal wöchentlich baden, nach dem Bad Massage der Bauchhaut zur Vermeidung von Schwangerschaftsnarben, bestehend in Aufheben und Kneten von Hautfalten. Festes Wickeln des Leibes im Wochenbett mit 6 m langer, 15 cm breiter Gummibinde. Von Mitte der zweiten Woche post partum Selbstvornahme von Massagemanipulationen: 1. zielloses tiefes Durchkneten der ganzen Bauchdecken, 2. Streichung der Bauchdecken mit den Knöcheln der geballten Hände, 3. schnelle Klopfungen der Bauchdecken mit flachen Händen. *Grünbaum* (Nürnberg).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Holste, C.: Vagina septa bei einfachem Uterus. (*Prov. Hebammenlehranst., Stettin.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 26, S. 965—966. 1913.

Verf. berichtet kurz über einen Fall von Vagina septa bei einfachem Uterus. Beide Scheiden sind gleichweit und gleichlang. An beiden sind Hymenalreste nachweisbar. Das Septum erscheint vor der Vulva als eine Anschwellung von der Größe einer Feige. Die linke Seite führt zu dem normalen Uterus. Die rechte Scheide endet blind. Erhebliche Beschwerden

beim sexuellen Verkehr bestehen nicht. Patientin hat bisher vier normale, spontane Partus durchgemacht. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Tucker, Ernest F., Report of a case of absence of vagina and its reconstruction. (Bericht über einen Fall von Fehlen der Vagina und ihren Ersatz.) Northwest med. Bd. 5, Nr. 1, S. 17—18. 1913.

Bei einem 22jährigen Mädchen, das bisher nie menstruiert war, aber alle 28 Tage bei allgemeinem Unbehagen ziehende Schmerzen in den Brüsten und im Rücken hatte, konstatierte man bei normaler Vulva und Clitoris das Fehlen einer Vaginalöffnung; vom Rektum aus waren innere Genitalorgane nicht zu fühlen, was im Widerspruch mit den regelmäßig auftretenden, menstruationsähnlichen Beschwerden stand. Auf starkes Drängen der Patientin wurde die Neubildung einer Scheide aus einem Darmstück nach dem Vorschlag Baldwins ausgeführt. — Kurze Incision zwischen Urethral- und Analöffnung; vorsichtiges Präparieren in die Tiefe bis aufs Peritoneum, das uneröffnet bleibt. Tamponade der Wunde. Mediane Laparatomie: Man fand unter dem Peritoneum und hinter dem Coecum einen rudimentären Uterus mit rechtsseitiger Tube und Ovar, in letzterem ein frisches Corpus luteum. Resektion einer 9 Zoll langen Ileumschlinge mit zugehörigem Mesenterium und Wiederherstellung des Darmlumens durch circuläre Naht. Beiderseitiger Verschluß der Ileumschlinge, Incision des Peritoneums über der tamponierenden Gaze, Durchziehen der Darmschlinge durch die Peritonealöffnung in den neugeschaffenen Raum zwischen Urethral- und Analöffnung, Schluß des Peritoneums und der Bauchwunde. Die gedoppelt liegende Darmschlinge wurde am unteren Ende eröffnet und die Ränder rings mit der Vulva vernäht; es entstand so eine doppelte Vagina mit querem medianen Septum, welches durch eine Quetschzange beseitigt wurde. Es entstand so ein völlig normaler Vaginalschlauch. *Rittershaus* (Coburg).

Albrecht, Paul, Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. (*Frauenklin. v. Prof. Schauta u. Wertheim, u. chirurg. Klin., Univ. Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122**, H. 5/6, S. 562—590. 1913.

Verf. bespricht zunächst die wichtigsten, bisher geübten Methoden zum plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben, um dann auf sein eigenes Verfahren, das er in drei Fällen angewendet hat, genauer einzugehen. Es hat sich gezeigt, daß alle Lappenplastiken, sei es, daß Haut, Schleimhaut oder Peritoneum verwendet wurde, schlechte Resultate geben. Der plastische Ersatz der fehlenden Vagina aus einer resezierten Dünndarmschlinge nach Baldwin-Mori erscheint Verf. zu gefährlich, da das Aufgehen auch nur einer Dünndarmnaht die todbringende Peritonitis für die Pat. bedeutet. Sein eigenes Operationsverfahren geht dahin, auf sakralem Wege das Peritoneum zu eröffnen, ein Stück der Flexura sigmoidea aus dem Becken in die sakrale Wunde herunterzuholen und als Vagina in einen, vorher zwischen Blase und Rektum gebildeten Kanal zu implantieren. Der proximale Flexurrest wird mit dem in situ belassenen Rektum durch zirkuläre Naht vereinigt oder eine Anastomose Seit zu Seit angelegt. Von den drei so operierten Fällen hatten zwei einen vollen Erfolg. In einem Falle wurde der, die neue Scheide bildende Teil der Flexura sigmoidea nekrotisch und stieß sich ab. Verf. legt diesen Mißerfolg der dabei angewendeten Technik, nicht der Methode zur Last. Sechs Abbildungen illustrieren das neue Operationsverfahren. *Jaeger* (Leipzig).

Fitzgibbon: Gonorrhocal vaginitis treatet by Vaccine. (Gonorrhoische Vaginitis behandelt mit Vaccinen.) Med. Press u. Chir. Bd. **146**, S. 385. 1913.

Der Autor berichtet über sechs Fälle von gonorrhoischer Vaginitis, welche er mit Vaccinen behandelt hat. Bei vier Fällen ununterbrochene Besserung vom Beginn der Behandlung an, bei den anderen beiden Besserung, aber mit Rückfällen; der eine schien schließlich absolut geheilt, der andere ist noch in Behandlung.

Es scheint, daß die besten Erfolge mit Vaccinen von frischen Kulturen erzielt werden. Man soll mit einer Dosis von vier oder fünf Millionen anfangen und bis zu dem Maximum von zehn Millionen heraufgehen — für Kinder soll man kleinere Dosen anwenden. Er ist mit den Resultaten zufrieden und will die Methode in der Zukunft weiter anwenden. Großes Gewicht wird auf die Feststellung der Diagnose in jedem Falle gelegt. *Ruhemann* (Berlin).[A]

Behm: Spülapparat. (Gynaekol. Ges., Berlin. Sitzg. v. 14. II. 1913.)

Der Apparat bezweckt, die äußeren Genitalien vor Einwirkung heißen Wassers zu schützen und die Vagina so zu entfalten, daß die Spülflüssigkeit in alle Buchten eindringt. Behm behauptet, daß durch unzweckmäßige Spülapparate Luftembolien entstehen können. *Zinsser.*

Dreuw: Über Druckscheidenspülungen in der gynaekologischen Praxis vor vaginalen Operationen und bei der Prostituiertenuntersuchung. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 25, S. 1382—1383. 1913.

Beschreibung eines Ansatzes zur Scheidenspülung, der mit einer Querplatte behufs Abdichtung versehen ist, und eines Spülspeculums (Med. Warenhaus, Berlin). Beide sind doppelwandig. Durch die hohle Wand Zufluß, durch das Innenrohr Abfluß. Anschluß direkt an eine Mischbatterie oder einen Warmwasserapparat mit ablesbarer Temperatur. Vorteile: gründliche Spülung, sauberes Arbeiten. Besonders bei der Kontrolle der Prostituierten empfiehlt es sich, die Scheide ordentlich rein zu spülen, ehe man Sekret entnimmt. *Kermauner* (Wien).

Puppel, Ernst: Die Trockenbehandlung des Fluor albus Fortschr. d. Med. Jg. 31, Nr. 26, S. 714—719. 1913.

Bisherige Spülbehandlung unzweckmäßig, besonders Cervixfluor unbeeinflußbar durch Spülungen. Ichthyolglycerintampon zu gering desinfizierend und unangenehme Absonderung verursachend. Fluor ein gemeinsames Symptom der verschiedensten Erkrankungen, weswegen gyn. Untersuchung dringend erforderlich. Sind doch so schon Virg. intact. ohne Inspektion Tampons verordnet worden. Trockenbehandlung (Hefe) schon im Altertum gebräuchlich. Neuerdings durch Abraham (Hefe) und Nassauer (Bolus) neu eingeführt. Theoretisch Hefetherapie gegenüber Bakterien noch nicht geklärt; während Czerrenbach und Cronbach eine Gonokokkenwucherung dabei sahen, konstatierte Abraham eine baktericide Wirkung (Enzym-proteolytische-Gift- und Stoffwechselproduktwirkung), Bolus dagegen bindet durch seine große Oberfläche Sekrete physikalisch. Hefe mit Bolus in der Xerase vereinigt. Neuere Trockenmittel der Gyps (Kreus), doppeltes Wasseraufnahmevermögen gegenüber Bolus, und Pergenol mit Bolus aa. Verf. unterwarf 100 Fluorfälle der Trockenbehandlung mit Xerase und Bolus. Bei Leukorrhöe junger Mädchen, die bisher, wenn nicht durch Allgemeinkrankheiten verursacht, schwer beeinflußbar war (Spülwasser bleibt hinter dem Hymenalring leicht zurück, maceriert das Epithel, steigert so den Fluor, auch verletzt das Mutterrohr das Hymen leicht), Einführen eines Milchglasspekulums, Auswischen der Vagina, Boluseinblasung. Daneben Sitzbäder. Bei Graviditätsfluor ohne spezifische Erreger Einschütten von sterilem Bolus durch ein Spekulum und Verschluß mit einem Tampon. Bei Colpitis infolge Descens. vag. — Pessare sind oft vier bis fünf Behandl. erfolgreich. Bei akuter Gonorrhöe mit Vulvitis keine Spekulumuntersuchung, sondern Ruhe, Sauberhaltung, Bolusbepuderung. Verf. getraut sich nicht im Gegensatz zu Nassauer den Pulverbläser der Pat. in die Hand zu geben: 1. hält er die Pat. für unzuverlässig, 2. behandelt er die Urethritis mit Fritsch Spritzenansatz, nachdem er reichlich Bolus in die Vagina eingeschüttet. So hat Verf. Recidive von unkomplizierten Go. nie erlebt. Behandlungsdauer 2—3 Monate. — Auch bei chron. Go. mit oder ohne Metritis und Adnextumoren Bolus und Xerase vorzüglich mit Kamillenspülung an dem der Behandlung folgenden Tage. Bei ganz frischer Cervix- und Uterusschleimhautgonorrhöe keinerlei Sondierung; bei alter, torpider, jahrelang bestehender hingegen Eintauchen der Pläyfairsonde in 2—5proz. sterile Sodalösung, leicht drehende Einführung ins Cavum uteri, 2 Minuten liegen lassen und Ätzung der Schleimhaut mit 5proz. Arg. nitr., Tct. Jodi, oder 25proz. Karbolalkohol. Falls am inneren Muttermund mit Sonde Widerstand fühlbar, Sistierung weiterer Einführung. Bei alter Pelveoperitonitis Ätzung schadlos. Cave Eitertumoren. Zur Entscheidung ob frischer oder alter Pyosalpinx zunächst beobachtende Trockenbehandlung etwa mit Bolus 90, Novojodin 10. Verf. fand die erfolgreiche Fluortrockenbehandlung Nassauers bestätigt, will jedoch nicht immer den Irrigator mit dem Siccator vertauscht haben, es könnte sonst die Pulverbehandlung ohne die stets zu fordernde vorangehende Inspektion der Pat. sich verallgemeinern zu ihrem Nachteil, weshalb er auch die Therapie in der Hand des Arztes wissen will. *v. Miltner* (München).

Vogel, F., Traumatische Scheidenruptur mit Dünndarmvorfall. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 24, S. 1326—1327. 1913.

68jährige Frau, 10mal geb.; Vorfall seit dem 1. Kind, zuletzt 2 Faustgroß geworden. Beim Bücken im Stall bekam sie vom Ochsen von hinten einen Tritt auf den Prolaps, worauf

unter heftigem Schmerz Darm heraustritt, den Pat. in umherliegende Papierfetzen wickelt; darauf begibt sie sich in ihre Wohnung. Befund 1 Stunde später: Kollabierte, grazile Frau, Puls 115, Leib eingezogen; 2 faustgroßer Prolaps mit Decubitalgeschwüren, auf der Hinterseite 4 cm langer Riß, durch den ein Mannskopfgroßes Dünndarmkonvulut getreten ist. Lösung der verklebten Papierfetzen von Darm mit NaCl, Reposition in Knieellenbogenlage ohne Narkose und ohne besondere Schmerzhaftigkeit, Reposition von Uterus und Adnexen, Drainage des kleinen Beckens, Tamponade der Scheide. Rasche Erholung, reichliche Stuhlentleerung in der Nacht. Außer leichtem Meteorismus, Aufstoßen, 2 maligem Erbrechen am 4. Tage und Fieber bis 38,4° keine peritonealen Reizerscheinungen. In 4 Wochen heilte der Riß unter reichlicher Sekretion.

Der vom Verf. beschriebene Fall beweist wieder, mit welchen Infektionsstoffen das Peritoneum fertig wird und beleuchtet die Vorteile der Knieellenbogenlage für die Reposition großer Darmteile durch eine kleine Rißöffnung. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Uterus:

Kalledey, Lajos: Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen. (*I. Frauenklin., Univ. Budapest.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 13, S. 473—484. 1913.

Die Ursache der uterinen Blutungen ist in Korrelationsstörungen der innersekretischen Drüsen zu suchen. Das Hormon des Corpus luteum hält den intermenstruellen Zeitraum aufrecht und verhindert die Entwicklung der genitalen Hyperämie. Der Uterus kontrahiert sich während der Menstruation. Bei Dysmenorrhöe steigert sich diese Kontraktion bis zu Schmerzempfindungen. Durch therapeutische Zuführung von Ovarialhormon wird die Gerinnung des Blutes verhindert, was von Wert ist, da die Gerinnsel im Uterus Schmerzen auslösen; vielleicht verringert das zugeführte Hormon auch die schmerzhafte Uteruskontraktion. Verf. hält Hypofunktion des Ovarium für die Ursache der Dysmenorrhöe. Idiopathische Uterusblutungen waren durch Hypophysispräparate stets zu coupieren; sofern Abortusreste vorlagen, war kein Erfolg zu erzielen. Die experimentell begründete Annahme, daß Korrelationsstörungen der endokrinen Drüsen die Ursache der Uterusblutungen darstellen, erfährt eine Stütze durch die therapeutisch erzielten Erfolge. Verf. bediente sich stets der intravenösen Applikationsform. Die Stillung der Uterusblutungen durch Hypophysispräparate war nicht nur momentan, sondern dauernd. Allzu früh wiederkehrende, im intermenstruellen Zeitraum sich meldende Blutungen wurden durch Corpus luteum-Extrakt geheilt. Dysmenorrhöe wurde durch Ovar-Zufuhr geheilt. *Frankl* (Wien).

Bertrand, D.-M., et Bronislawa Feigin, Examen bactériologique de quelques cas de métrite et traitement par les virus vaccins sensibilisés. (Bakteriologisches Examen von einigen Metritisfällen und Behandlung mit sensibilisierten Impfsera.) (*Laborat. de M. Metchnikoff.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 74, Nr. 21, S. 1224—1226. 1913.

Bei Metritiden ohne Adnexerkrankungen wurden im Sekret des Collums zweimal nur Streptokokken, zweimal reiner Staphylococcus albus, einmal eine Mischung der beiden gefunden. In einigen Fällen wurde ein Kokkus beobachtet, der morphologisch und nach den Kulturprüfungen dem Mikrococcus catarrhalis sehr ähnlich war. Mit diesen isolierten Bakterien wurden sensibilisierte Sera präpariert. Eine Behandlung mit diesen Sera gab vorzügliche Resultate. (Im allgemeinen 6 Einspritzungen, eine jede Woche ungefähr.) Lokal wurden Spülungen mit Kal. hypermanganic. 2mal pro die verordnet. Die Frage wird später ausführlicher besprochen werden. *R. Chapuis* (Genf).

Boldt: Myomatous uterus, complicated with suppurating ovarian cyst on the right side, tuboovarian abscess on the left, and chronic pelvic peritonitis. Organic heart lesions. (Myomatöser Uterus, kompliziert durch vereiterte, rechtsseitige Ovarialcyste, linksseitigen Tubo-ovarialabsceß und chronische Pelviperitonitis. Organischer Herzfehler.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1201. 1913.

Bei der Untersuchung vor der Operation wurde die ganze, das Becken ausfüllende Masse für den fixierten, myomatösen Uterus gehalten, die komplizierenden Adnextumoren nicht richtig

erkannt. Hätte Verf. die Diagnose gleich richtig gestellt, so hätte er zunächst durch Scheidenschnitt die vereiterten Adnexe entleert. Aber auch durch die abdominale Operation allein gelang es, Pat. trotz des Herzfehlers zu heilen; dabei versagte die Spinalanästhesie und Boldt mußte zur Stickoxydul- und Äthernarkose seine Zuflucht nehmen. *Landau* (Berlin).

Boldt: Submucous myoma. Extreme rigidity of the pelvic floor. Supravaginal extirpation of the uterus. (Submuköses Myom. Außerordentliche Starrheit des Beckenbodens. Supravaginale Amputation.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1201. 1913.

Wegen der Fettsucht der Pat. und der außergewöhnlichen Rigidität des Beckenbodens sah sich Boldt gezwungen, an Stelle der beabsichtigten Panhysterektomie die supravaginale Amputation zu machen. *Landau* (Berlin).

Strassmann: Verkalkter Uterustumor. (Gynaekol. Ges. Berlin. Sitzg. v. 4. III. 1913.)

Tumor bestand seit 25 Jahren. Pat. kommt zur Operation, da stinkender, gashaltiger Ausfluß auftrat. Bei der Laparotomie erwies sich der Tumor als verkalktes, im Innern carcinomatös degeneriertes Myom. Pyometra. Exstirpation des Tumors, Heilung. *Zinsser* (Berlin).

Baumm: Mischgeschwulst. (Gynäkol. Ges. Breslau. Sitz. v. 4. III. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **37**, H. 6, S. 883—884. 1913.

Polypös gestieltes Myom bei gleichzeitigem Carcinoma colli uteri. Carcinommetastase in der Scheide. *Zinsser* (Berlin).

Boldt: Cervical myoma in anterior wall of cervix. Ovarian cyst with twisted pedicle. (Cervixmyom in der Vorderwand der Cervix. Stielgedrehter Ovarialtumor.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1201—1202. 1913.

Auffällig in der Krankengeschichte war trotz des Sitzes des Myoms das Fehlen jeden Blasensymptoms. Am 5. Tage platzten die genähten Bauchdecken; kein Zeichen irgendwelcher Infektion. Wiedervernähung und danach glatter Verlauf. *Landau* (Berlin).

Bovis, R. de: Les moyens d'améliorer les résultats immédiats de l'opération radicale du cancer utérin par voie abdominale. (Die Mittel zur Verbesserung der unmittelbaren Ergebnisse der Radikaloperation des Gebärmutterkrebses auf dem Wege der Laparotomie.) Sem. méd. Jg. **33**, Nr. 26, S. 301 bis 302. 1913.

Der Stein des Anstoßes der abdominalen, radikal genannten Eingriffe in bezug auf den Gebärmutterkrebs ist die ungeheure Sterblichkeit, welche hauptsächlich der Bauchfellentzündung zuzuschreiben ist. In den sehr geübten Händen von Operateuren gibt dieser Eingriff eine Mortalität von 25%. Die Ursachen dieser Bauchfellentzündungen sind vielfache: in manchen Fällen die Einwanderung der Bakterien ins Parametrium, die lange Operationsdauer, die Berührung des Beckens durch Vermittlung der Scheide, die Spaltung oder Öffnung der verbindenden Beckenflächen, endlich die Schwierigkeit, alle unbedeckten Oberflächen mit Bauchfell zu decken. Dieser hohen Mortalität abzuhelfen, hat es an guten Absichten nicht gefehlt. Der Autor bevorzugt die frühzeitigen Operationen, die Verstärkung der Asepsis, die strenge Beobachtung einer guten Technik und die Überwachung der früher Operierten, um ihre Rezidiven viel früher zu entfernen, was er mitunter mit Erfolg tut. *Pollak* (Prag).

Lastaria, Francesco, I recenti risultati operatorii del Bumm nell'operazione radicale del cancro uterino. (Die neuesten Resultate Bumms bei der Radikaloperation des Gebärmutterkrebses.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16**, Nr. 5, S. 129—130. 1913.

Bumms letzte Serie von 100, durch abdominale Extirpation, radikal operierten Uteruskrebsen, bei welchen er sein früheres Mortalitätspercent von 21 auf 6 herabgedrückt hat, wird besprochen und die ganz ausgezeichneten Erfolge werden auf Bumms Technik, welche in exakter Blutstillung, sorgfältiger Peritonealisierung der Wunden und vollständigem Verschlusse der Bauchhöhle gegen die Scheide hin gipfeln, zurückgeführt. *Gattorno* (Triest).

Hartshorn, W. Morgan, Report on a case of chorioepithelioma. (Bericht über einen Fall von Chorionepitheliom.) (Soc. of the alumni of the Sloane

hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 990—994. 1913.

Der Fall betraf eine 29jährige Frau unmittelbar nach der 2. Entbindung. In der Schwangerschaft Blutungen, Kind in utero abgestorben. 4 Wochen nach der Geburt lebensbedrohliche Blutungen, Hustenattacken. Eine ausgeführte Ausschabung des Uterus ergab bei mikroskopischer Untersuchung Chorionepitheliom. Abdominale Totalexstirpation mit Resektion des linken Ureters infolge von Metastasen in seinem Verlauf. Exitus an Lungenödem. Die Autopsie ergab zahlreiche metastatische Geschwülste in beiden Lungen neben einem von der Blasenwunde ausgehenden Beckenabsceß. *Czempin* (Berlin).

Wilson, Thomas, Chorionepithelioma following hydatidiform mole and giving rise to intraperitoneal haemorrhage from an extension in the right mesosalpinx. (Chorionepitheliom nach Blasenmole mit intraperitonealer Blutung aus einer Metastase in der rechten Mesosalpinx.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 224—228. 1913.

Schwere intraperitoneale Blutung aus einer embolischen Metastase eines Chorionepithelioms in einer Vene des hinteren Blattes des rechten Lig. latum. Primärer Tumor im Fundus uteri nach Blasenmole; sonst keine Metastasen. Panhysterektomie; glatte Heilung. *Hall.*

Parisse, Eugénie: L'étiologie des rétrodéviations chez les vierges et les nullipares. (Die Ätiologie der Retropositio uteri bei den Jungfrauen und Nulliparen.) (*Hôp. Saint-Antoine.*) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 5, S. 272—295. 1913.

Wenn diese Verlagerungen während der Kindheit oder der Pubertät vorkommen, so ist am häufigsten eine Wachstumsstörung schuld. Sonst sind die Muskelschwäche des Beckenbodens, die zu große Länge und die Atrophie des Isthmus uteri die prädisponirenden Ursachen. Entscheidende Ursachen sind: die Anstrengungen, die direkten oder indirekten Traumata, der pathologische Zustand des Uterus: Metritis, Fibrome, Fibromyome; Entzündung der Umgebung des Uterus: Salpingitis, Hydro-Pyo-Hämatosalpinx, Ovarialcysten, Pelviperitonitis. Endlich können Störungen des peripherischen oder zentralen Nervensystems durch mangelhafte Tonicität des Beckenbodens (Doleris, Richelot usw.) oder duch passive Kongestion des Uterus und Vermehrung seines Volumens eine Retropositio verursachen. *R. Chapuis* (Genf).

Grad: Vaginal shortening of the uterosacral ligaments in procidentia uteri, with a report of ten cases. (Vaginale Kürzung der uterosakralen Ligamente bei Gebärmuttervorfall nebst Bericht über 10 Fälle.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1202—1206. 1913.

Die vom Verf. geübte Operationsweise ist von Jellett (Dublin) angegeben worden und sie besteht im großen ganzen darin, die Lig. utero-sacralia von ihrem Ansatz am Uterus zu trennen, sie nach vorn zu leiten und an die Cervix vorn zu heften, sie ev. bei Überdehnung zu verkürzen. Gewiß werden dadurch widernatürliche anatomische Verhältnisse geschaffen; aber sie stellen hinreichend starke Gewebsfalten der sog. Fascia transversa dar, die einem stärkeren intraabdominalen Druck Widerstand leisten können, und sie müssen, besonders wenn sie verkürzt sind und ihren Ansatzpunkt vorn am Uterus finden, das ganze Organ nach oben heben. Die Operation ist leicht von der Scheide aus zu machen und hat dem Verf. in 10 Fällen gute Resultate gegeben; natürlich kann man sie auch mit der gleichzeitigen Verkürzung der runden Mutterbänder kombinieren und mit jeder anderen noch sonst nötigen plastischen Operation an den prolabierten Genitalien. *Landau* (Berlin).

Ostrom: A cradle suture for holding the uterus in ventro-Suspension. (Die „Wiege-Naht" zur Ventrosuspension des Uterus.) North Am. I. Homeop. Bd. **28**, S. 199. 1913.

Der Autor beschreibt die Methode, die er zur Ventrosuspension des Uterus zu benutzen pflegt. Die Nähte werden zunächst in der Längsachse des Rectus durchgestochen und dann quer zu demselben geknüpft. Eine dicke Nadel mit Silkwormgut wird 2 cm vom medialen Rande durch den Rectus durchgelegt und, nachdem ein ordentliches Stück des Uterusfundus mitgefaßt wurde, auf derselben Seite 2,5 cm höher wieder ausgestochen. Dieselbe Prozedur wird auch auf der anderen Seite ausgeführt. Nach Schluß des Peritoneums werden diese beiden Silkwormfäden senkrecht zur Medianlinie geknüpft und bilden so gewissermaßen eine Wiege.

In mehrjähriger Erfahrung mit dieser Methode hat der Autor niemals einen Versager der Dauerfixation des Uterus gesehen und die versenkten Nähte haben niemals irgendwelche Beschwerden verursacht. *Ruhemann* (Berlin).[A]

Bandler: Vaginal hysterectomy (clamp method) including left salpingoophorectomy for tuboovarian abscess: bisection of the uterus. (Vaginale Uterusexstirpation [Klemmethode] mit linksseitiger Salpingoophorektomie wegen Ovarialabsceß. Spaltung des Uterus.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1190. 1913.

Bandler: Vaginal hysterectomy, Morcellement and clamp method. Bisection of the uterus. Twelve fibroids. (Vaginale Uterusexstirpation [Klemmmethode] mit Entfernung von 12 Fibroiden.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1190—1192. 1913.

Bandler: Vaginal hysterectomy (clamp method) with amputation of the uterus at the internal os during the course of the operation. (Vaginale Uterusexstirpation [Klemmethode] mit supravaginaler Amputation des Uterus während der Operation.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1189—1190. 1913.

Bandler: Fibrosis uteri, vaginal hysterectomy, ligature method. Author's method of preventing cystocele. (Fibrome des Uterus. Ligaturmethode. Vermeidung von Cystocele durch besondere Naht.). (Transact of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1188—1189. 1913.

Vier Operationsgeschichten vaginaler Uterusexstirpation, welche in keiner Weise irgendeine Neuigkeit bringen. Verf. operierte mit Klemmen. Die Vermeidung einer Cystocele in dem vierten Falle bestand in der bekannten Annähung der Ligaturstümpfe des Ligament. lat. an die Scheidenwundränder. *Czempin* (Berlin).

Sellheim, Hugo: Drahtschlinge zum unblutigen Vorziehen des Uterus beim vaginalen Operieren. (*Frauenklin. Univ. Tübingen.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 26, S. 957—958. 1913.

Um eine Verletzung des Corpus uteri durch Hakenzangen beim vaginalen Operieren zu vermeiden, verwendet Sellheim zum Hervorziehen des Uterus eine glatte, aus weichem, geglühten Messing- oder Kupferdraht von 2—4 mm Dicke zurechtgebogene Schlinge, welche er nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes über den Fundus uteri legt. Es gelingt damit sehr leicht, den Uterus durch die Kolpotomiewunde in die Scheide zu luxieren. *Klein.*

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Jayle, F., La tuberculose de la trompe. (Über Tubentuberkulose.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 51, S. 505—509. 1913.

Am häufigsten erkranken von den inneren Genitalien die Tuben an Tuberkulose, und nach Verf. Ansicht würde der Prozentsatz derselben noch viel größer sein, wenn jede wegen Salpingitis entfernte Tube genau histologisch daraufhin untersucht würde, da sehr oft eine tuberkulöse Erkrankung durch eine sekundäre Infektion durch Gonokokken, Streptokokken, Kolibacillen wie auch Tetragenusbacillen, wie Verf. an der Hand von Beispielen zeigt, für die makroskopische Diagnose verschleiert wird, wie andererseits sich zu einer dieser Infektionen im chronischen Stadium eine akute tuberkulöse Entzündung hinzugesellen kann. Verf. teilt daher die tuberkulöse Salpingitis in die 2 großen Gruppen der reinen tuberkulösen Entzündungen und der tuberkulösen und anderweitigen Infektionen ein. In der ersten Gruppe unterscheidet er: 1. die granuläre, miliare Form mit starker Beteiligung der Serosa in Form von Knötchenbildung und reichlichem Ascites; 2. die pyogene Form, in der Neigung zur Eiterbildung, sei es im Lumen der Tube, sei es mit Neigung zum Einbruch in die Peritonealhöhle besteht, während im übrigen Tube und Serosa nur das Bild der ein-

fachen akuten Entzündung ohne Bildung spezifischer Granulationen darbieten; 3. die speckige Tuberkulose, bei welcher Eiter und spezifische Granulationen fehlen, die Tuben aber in sämtlichen Schichten starke Hypertrophie zeigen und die inneren Genitalien unter sich, wie auch mit den Beckenwandungen und benachbarten Darmschlingen zu einer festen Masse verwachsen sind; 4. die polymorphe Tuberkulose, bei der sich regellos die 3 ersten Formen kombinieren können. Verf. teilt dann noch je einen Fall aus der 2. Gruppe mit, in der eine akute Entzündung zu einer tuberkulösen Erkrankung hinzugetreten und umgekehrt und bespricht dann kurz Diagnose und Therapie, welch letztere immer chirurgisch, aber möglichst unter Schonung der übrigen Genitalien sein soll.

Vassmer (Hannover).

Wallart, J., Weiterer Beitrag zur sogenannten Salpingitis isthmica nodosa. (*Pathol. Inst., Univ. Straßburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 1, S. 77—91. 1913.

Das Genitale einer 54 jährigen Nullipara, die an Embolie der Lungenarterien gestorben war nach Thrombose der Vena femoralis sin., zeigte dicht bei der Einmündung der linken Tube in den Uterus eine 14 mm lange, 6—7 mm dicke, derb anzufühlende Anschwellung, welche nach beiden Seiten hin spindelig auslief. Außer einer Cyste des rechten Ovariums zeigte der Uterus zahlreiche subseröse, submucöse und intramurale Myome, so daß man vermuten konnte, es handle sich hier um einen Fall multipler Adenomyome des Uterus nach v. Recklinghausen. Wallart hat die Tumoren in Serienschnitten mikroskopisch untersucht. Die Uterustumoren erwiesen sich als Myome, nicht als Adenomyome, da jegliche Spur von epithelialen Einschlüssen fehlte. Der linke Tubentumor an der Einmündungsstelle der letzteren jedoch zeigte ein anderes Bild. Er saß genauer am Übergang des isthmischen in den interstitiellen Teil des Eileiters. Er bot in seinem Zentrum das Bild des Adenofibromyoms resp. der Salpingitis isthmica nodosa, eine Grundmasse von kreuz und quer verlaufenden Muskel- und Bindegewebszügen, in welcher neben zahlreichen arteriellen und venösen Gefäßen die Durchschnitte verschiedengestaltiger epithelialer Formationen eingebettet sind. Diese epithelialen Funktionen fanden sich nicht nur im Gebiete des eigentlichen Tumors, sondern erstreckten sich auch nach unten hin, und zwar dort, wo der Tumor im Bereiche des interstitiellen Abschnittes der Tube saß, in die Uterusmuskulatur, dort, wo er dem isthmischen Teile des Eileiters angehörte, in das lockere Gewebe der Mesosalpinx. Nirgends war ein Zusammenhang zwischen dem Tubenlumen resp. der Mucosa des Eileiters und den außerhalb gelegenen epithelialen Formationen festzustellen. Die Epithelschläuche reichten über die Grenze des Müllerschen Ganges hinaus in den Bereich des Wolffschen Ganges hinein. So lag die Vermutung sehr nahe, es handle sich hier um einen Fall, bei dem die Epithelformationen des Tumors auf Urnierenreste zurückzuführen waren. In beiden Ovarien fanden sich außerdem Reste des Wolffschen Körpers. Dagegen fanden sich in den Schnitten des vorhin erwähnten Tumors gegen den Uterus und gegen das linke Ovarium hin ausgesprochene Zeichen noch bestehender und bereits abgelaufener Entzündung, Rundzellenanhäufung und Absceß. Somit muß man die rein mesonephritische Genese fallen lassen und einen entzündlichen Ursprung annehmen, indem ein eitriger Prozeß der Tubenwand den Anlaß zu einer Ausstülpung und Verlagerung von Tubenschleimhaut in die äußeren Wandschichten gab, diese prolabierte Schleimhaut ist dann fortgewuchert und hat zu den obigen Veränderungen geführt. Der Fall beweist, daß es notwendig ist, genaue Serien zu verfolgen in solch kritischen Verhältnissen. *Bretz* (Bonn).

Caneva, Ferruccio: Un caso raro di strozzamento erniario di una tuba uterina. (Ein seltener Fall von Brucheinklemmung einer Tube.) (*Osp. magg., Milano.*) Osp. magg. Milano Jg. **1**, Nr. 1, S. 31—32. 1913.

Die Erscheinungen waren diejenigen einer eingeklemmten, eigroßen Cruralhernie. Bei der Operation fand sich im Bruchsack die in ihrem mittleren Drittel eingeklemmte rechte Tube. Resektion derselben. Glatte Heilung. *Klein* (Straßburg i. E.).

Abel, W., and A. Louise McIlroy, The arrangement and distribution of the nerves in certain mammalian ovaries. (Die Anordnung und Verteilung der Nerven in den Ovarien gewisser Säugetiere.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 240—247. 1913.

Nach einer ausführlichen Literaturübersicht schildern die Autoren ihre Modifikation der Silbernitratmethode Ramon y Cajals, mit welcher sie die Ovarien von Hunden, Katzen und Kaninchen untersucht haben. Die Resultate ihrer Forschungen sind folgende: Zahlreiche Nervenbündel treten durch den Hilus in das Ovarium ein und teilen sich im Ovarialgewebe in drei Gruppen. Die erste begleitet die Gefäße in dichtem Plexus und endet in deren Muscularis und Intima. Die zweite geht direkt vom Hilus

zur Follikelzone und bildet feine Geflechte in der Tunica externa und intima der Follikel, in die Membrana granulosa dringen keine Nervenfasern. Die dritte und kleinste Gruppe liegt im interstitiellen Gewebe des Ovariums. In ihrem Faserverlauf finden sich zahlreiche Anschwellungen, welche von Gruppen kleiner rundlicher Zellen gebildet werden. Dieselben stellen wohl eine besondere Art sympathischer Nervenzellen dar. Richtige Ganglienzellen sind von den Autoren im Ovar nicht gefunden worden. Es bestehen Anastomosen zwischen den drei Gruppen. Die Funktion der Ovarialnerven ist vorzüglich eine vasomotorische. — Der Arbeit sind hier histologische Abbildungen beigegeben. *Ruhemann* (Berlin).

Tuffier, Louis Géry et Vignes, Étude anatomique sur l'involution d'un ovaire greffé et remarques sur le processus histologique de la greffe. (Anatomische Untersuchung über die Involution eines verpflanzten Ovariums und Bemerkungen über den histologischen Vorgang bei einer Verpflanzung.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 4, S. 193—198. 1913.

Symptome der Resorption eines verpflanzten Ovariums sind Volumenvermehrung und Schmerzen während 3—4 Tage, dann verschwindet das Ovarium.

41 jährige Frau, hysterektomiert wegen großer Uterusfibrome am 12. VII. 1910. Verpflanzung eines Ovariums in das subcutane Fettgewebe. 3 Jahre später stirbt sie; das Ovarium wird herausgenommen und untersucht. Man findet einen hufeisenförmigen Ovarialrest, der sich deutlich heraushebt; er besteht hauptsächlich aus Bindegewebe, das mit dem Bindegewebe der Umgebung in innigster Verbindung steht. Außerdem aber kann man einige hyaline Narben von alten Corpora lutea sowie am Rande eine kleine Follikelcyste konstatieren.

Überall da, wo das Ovarialepithel fehlt oder abstirbt, tritt völlige Verwachsung ein, nur, wo Keimepithel lebensfähig bleibt, können kleine Cysten entstehen. *Rob. Schröder* (Rostock).

Lee, D. F., Conservation of ovarian tissue and its power of compensation. (Über Erhaltung von Ovarialgewebe und dessen Fähigkeit des kompensatorischen Wachstums.) Indianapolis med. journal Bd. 16, Nr. 5, S. 180 bis 184. 1913.

Nach einem Hinweis auf die Beziehungen zwischen Ovulation und Menstruation, die nach Verf. ko-, nicht subordiniert sind, wobei die Beobachtung des Verf., daß eine Hypoplasie des Uterus und Ovariums nach operativer Entfernung des zweiten pathologischen Ovariums sowohl morphologisch wie funktionell vollständig gehoben werden kann, besonderes Interesse verdient, berichtet Verf. über einige Beobachtungen aus seiner Praxis, welche die manchmal unberechenbaren Wirkungen der teilweisen oder gänzlichen Entfernung der Ovarien sowohl für die gesamten körperlichen wie auch für die speziell-gynaekologischen Funktionen zeigen.

So sistierte im ersten Fall die gegen die starken Menstruationen ausgeführte doppelseitige Ovariektomie nicht die Periode, im zweiten kam es trotz teilweiser Erhaltung eines Ovariums zur vorzeitigen Menopause, im dritten, 21 jährig op., schwand nach Entfernung eines pathologischen Ovariums eine Hypoplasie des Uterus (z. Z. der Operation von der Größe eines mittelgroßen Daumen) und des zweiten Ovariums (erbsengroß) und Patientin kam 3 Jahre nach der Operation nieder; im vierten kam Patientin nach Entfernung des einen und Resektion des zweiten Ovariums bis auf zwei Fünftel desselben nach 3 Jahren noch einmal nieder.

Verf. empfiehlt zum Schluß warm die Transplantation der Ovarien besonders auch gegen die Depressionszustände der vorzeitigen, künstlichen Menopause und berichtet über drei eigene Fälle, in denen es ihm gelang, teils durch intraperitoneale Auto- und Heterotransplantation in das Ligamentum latum, teils durch subcutane Heterotransplantation in den Oberschenkel Besserung psychischer Störungen sowie auch Wiederherstellung und Erhaltung der regelmäßigen Periode zu erzielen. In einem von Dixon (Cambridge) operierten Falle von Heterotransplantation setzte 4 Monate nach der Transplantation die Periode wieder ein und 5 Jahre später erfolgte ein Partus. *Vassmer.*

Heimann, Fritz, Innersekretorische Funktion der Ovarien und ihre Beziehungen zu den Lymphocyten. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 73, H. 2, S. 538—553. 1913.

Der Thymus kommt anscheinend eine lymphocytosesteigernde, den Keimdrüsen

eine lymphocytosehemmende Wirkung zu. Eine vermehrte innere Sekretion der Ovarien muß also zu herabgesetzten, eine verminderte zu gesteigerten Lymphocytenwerten führen. Nachdem Heimann zunächst festgestellt hat, daß die Normalzahl der kleinen Lymphocyten zwischen 18 und 22% im Intermenstruum schwankt, zeigt sich, daß die Zahl der Lymphocyten während der Menstruation erheblich gesteigert ist. Bei Prozessen, die wie Amenorrhöe, Hypoplasie auf eine gestörte Ovarialfunktion schließen lassen, ebenso im Klimakterium finden sich gesteigerte Lymphocytenwerte. Dagegen ist bei längerem Bestehen der Menopause eine Erniedrigung zu verzeichnen. Bei Menorrhagien und Metrorrhagien sind die Werte meist herabgesetzt. Bei entzündlichen Adnexerkrankungen sind die mit Fieber einhergehenden nicht zu verwenden, bei den anderen ergeben sich herabgesetzte Werte, dagegen bei Ovarialtumoren gesteigerte. Durch therapeutische Darreichung von Ovarialtabletten wurde die Lymphocytenzahl wesentlich herabgesetzt. *Bondy* (Breslau).

McIlroy, Louise, Ovarian secretion. A review. (Ovariensekretion. Ein Überblick.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23**, Nr. **5**, S. **265** bis 287. 1913.

Verf. gibt einen Überblick über die bisherigen Forschungsresultate der Ovariensekretion. Bekannt ist der Einfluß auf die Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere. Ferner die Beziehung zur Menstruation, wobei durch das Corpus luteum die durch Hitschmann und Adler erforschten cyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut hervorgerufen werden sollen, die schließlich den Blutaustritt bedingen. Auch auf Schwangerschaft und Laktation haben die Ovarien Einfluß. Für erstere soll besonders das persistierende Corpus luteum wichtig sein. Wird Ovarialgewebe an andere Körperstellen transplantiert, so bleibt seine Funktion erhalten. Wird dem Körper Ovarialextrakt zugeführt, so können Ausfallserscheinungen bei vorzeitiger Klimax gelindert werden. Außer der Genitalsphäre wird auch der Stoffwechsel durch die Ovariensekretion beeinflußt. Das zeigt sich besonders beim Knochenwachstum, und bei der Fettablagerung. Über innere Sekretion des Uterus ist heute noch nichts Sicheres bekannt. *Friedrich* (Breslau).

Bondi, Josef: Zur Kenntnis des Melanosarcoma ovarii. (*Poliklin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 26, S. 1073—1075. 1913.

Bondi veröffentlicht den 8. (den 4. operativ angegangenen) Fall eines Melanosarkom des Ovariums. Es handelte sich um einen gänseeigroßen Tumor, dessen 5 cm langer Stiel um 180° gedreht ist, bei einer 30jährigen II Para. Bei der Pat. zeigten sich bis zur Laparotomie behufs Entfernung des rechtsseitigen Tumors samt Tube nur geringfügige Symptome von Seiten des Genitales. Erst nach der Operation traten stürmische Erscheinungen (Tachykardie, hohes Fieber, Hirnsymptome wegen Zerfall der Hirnmetastase, usw.) auf, die am 18. Tage zum Exitus führten.

Wenn auch bisher ein primäres Vorkommen von Melanosarkom im Ovarium nicht bewiesen werden konnte, schließt B. nicht aus, daß der Tumor möglicherweise aus einer versprengten embryonalen Anlage primär im Ovar entstanden sein könne. Bei der Sektion war ein Ausgangspunkt der Geschwulst nicht zu eruieren, und so bliebe die Wahrscheinlichkeit, daß es sich wohl auch hier um Metastase handeln dürfte. *Torggler* (Klagenfurt).

Jacub, J., Fibrosarcoma ligam. lati. (Sarkome des Beckengewebes zählen zu den Seltenheiten auf gynaekologischem Gebiete.) (*Priv.-Frauenklin. v. Priv.-Doz. Dr. J. Jacub, Moskau.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. **25**, S. 931—934. 1913.

Jacub berichtet über eine $36^1/_2$jährige Frau, die er operiert hat. Dieselbe war seit dem 15. Lebensjahre regelmäßig menstruiert, mit 18 Jahren verheiratet und machte 3 rechtzeitige Entbindungen und vor 8 Jahren einen Abortus arteficialis wegen akuter Nephritis und Endocarditis durch. Im Juli, September und Dezember 1912 je ein Anfall von Schmerzen im rechten Hypogastrium bei mäßiger Temperatursteigerung. Diagnose: akute Appendicitis. Konservative Behandlung. Im Dezember trat außer den Schmerzen eine starke Blutung aus der Gebärmutter und Temperatur bis 39° auf. Gynaekologische Untersuchung ergibt: In der Regio hypogastrica dextra eine kaum bewegliche, kompakte Geschwulst, die vom kleinen Becken ausgeht und fast bis zur Nabelhöhe reicht. Uterus von normaler Größe, Konsistenz und Beweglichkeit. Geschwulst steht in keinem Zusammenhang mit der Gebärmutter und ist kindskopfgroß. Rechter Eileiter unverändert. Rechter Eierstock nicht durchzutasten. Linkes Ovarium und Tube völlig normal. Da Verdacht auf schnell wachsenden bösartigen Tumor: Operation.

Laparotomie in der Linea alba. Breite Verwachsungen der Geschwulst mit den Darmschlingen. Lösung derselben. Der Tumor steht in keinem Zusammenhang weder mit dem Uterus noch mit dem rechten Ovarium. Er hat sich nur aus und im Ligamentum latum entwickelt. Die Ausschälung gelang leicht; desgleichen die Entfernung der rechten Tube und des rechten Ovariums. Schluß der Bauchwunde. Glatter Verlauf. Heilung. Anatomisch-histologische Diagnose: „Fibrosarcoma fusocellulare interligamentosum.“ *Eckert.*

Bauchorgane:

Ducuing, J., et L.-M. Marty, Fibrome de la paroi abdominale. (Fibrom der Bauchwand.) (Soc. anat.-clin., séance du 10. V. 1913.) Toulouse méd. Jg. **15,** Nr. 10, S. 178—183. 1913.

25jährige Pluripara bekommt 5—6 Monate nach der letzten Entbindung eine harte umschriebene Geschwulst, 9—10 cm lang, 7—8 cm breit, im rechten Hypogastrium, deren durch Untersuchung festgestellter Sitz innerhalb der rechten Rectusscheide durch Operation bestätigt wird. Sie reicht bis ans Peritoneum, das bei der Exstirpation eröffnet wird. Keinerlei Zusammenhang mit den Genitalien oder dem Ligamentum rotundum. Histologische Untersuchung: Reines Fibrom.

An der Hand dieser und 6 anderer Fälle wird die Erfahrung von Hugier und Nelaton bestritten, daß die Fibrome der Bauchwand mit einem Gefäßstiel am Knochen des Beckens inserieren, und ebenso die Theorie (besonders vertreten von Guinard), daß der gewöhnliche Ausgangsort dieser Fibrome die intragenitale Portion des Ligamentum rotundum sei. Alle 7 zitierten, von Jeannet beobachteten Fälle betrafen Frauen, die ein- oder mehreremal, fast immer wenigstens einmal schwer, geboren hatten. Die Entstehung des Fibroms aus Muskelzerreißungen der Bauchwand, speziell der Recti, ist sehr wahrscheinlich. *Michael* (Leipzig).

Schmid, Hans Hermann: Über freie Fascientransplantation. (*Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. **7,** H. 12, S. 429—435. 1913.

Im Anschluß an zwei selbst beobachtete Fälle berichtet Schmid über die verschiedenen Anwendungsformen der freien Fascientransplantation, d. h. der Einheilung eines Streifens aus dem Tractus ilio-tibialis des Oberschenkels in die Stelle des Defektes. Die freie Fascientransplantation wurde häufig angewandt zur Deckung von Bauchwanddefekten und bei Bruchoperationen, namentlich bei sehr großen Brüchen des Nabels oder bei postoperativen Hernien, besonders auch bei Rezidiven. — Auf gynaekologischem Gebiete wurde die freie Fascientransplantation bisher nur selten angewandt. Schmid beschreibt folgenden Fall, den er operiert hat:

48jährige Frau wird wegen Carcinoma colli uteri nach Wertheim operiert; dabei reißt die Blase. Trotz sofortiger Blasennaht tritt eine Fistel auf, die auch durch zweimal wiederholte Fisteloperation nicht zu schließen ist. Daher mediane Spaltung der vorderen Scheidenwand und Umschneidung der Fistelöffnung. Anfrischung der Fistelöffnung in der Blasenschleimhaut und Naht derselben in querer Richtung. Danach Bedeckung der Blasennaht durch ein 3 : 2 cm großes Stück der Fascia lata des Oberschenkels, das mit den 4 Ecken festgenäht wird. Darüber Schluß der Scheidenschleimhaut. Glatter Verlauf. Heilung.

Die histologischen Befunde, die in einigen Fällen später erhoben werden konnten, bewiesen eine glatte Einheilung der Fascie mit Erhaltung ihrer Struktur. Sch. spricht die Erwartung aus, daß die Fascientransplantation eine noch weitere Anerkennung und ausgedehntere Anwendung finden möge. *Eckert* (Dortmund).

Körte: Behandlung der Hernien. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10,** Nr. 13, S. 385—394. 1913.

Klinischer Vortrag unter Berücksichtigung von Diagnose, Palliativbehandlung und Radikalbehandlung. Über die operativen Verfahren werden nur allgemeine Gesichtspunkte mitgeteilt. *zur Verth* (Kiel).

Martin, Quelques considérations sur les indications de l'entérectomie dans les hernies étranglées. (Einige Betrachtungen über die Indikationen zur Darmresektion bei eingeklemmten Hernien.) (Soc. de chirurg. de Toulouse, séance 16. XII., 1912.) Arch. méd. de Toulouse Jg. **20,** Nr. 1, S. 1—9. 1913.

Soll man eine Darmresektion oder einen Anus praeternaturalis ausführen, wenn man bei der Operation einer eingeklemmten Hernie eine gangränöse oder suspekte

Schlinge vorfindet? Auf Grund von drei ausführlich beschriebenen eigenen Beobachtungen äußert sich Martin folgendermaßen: Die dringliche Darmresektion ist immer ein schwerer Eingriff und kann nur unter ungünstigen Verhältnissen ausgeführt werden. Häufig unterliegen daher die Operierten dem Eingriff. Die Vorlagerung der suspekten Darmschlinge und die Anlegung eines Anus praeternaturalis dagegen bieten eine viel bessere Prognose; sie beseitigen die unmittelbare Gefahr und wirken lebensrettend. Die spätere Darmresektion und Beseitigung des Anus praeternaturalis können dann unter viel günstigeren Bedingungen ausgeführt werden. M. ist daher für zweizeitiges Operieren und fordert zur Veröffentlichung weiterer Fälle zur Klärung der angeschnittenen Frage. *Eckert* (Dortmund).

Verbizier, A. de, Péritonite à pneumocoques chez l'adulte. Les rapports avec un kyste de l'ovaire concomitant. Guérison spontanée par ouverture à l'ombilic. (Pneumokokkenperitonitis beim Erwachsenen. Die Beziehungen zu einer gleichzeitig bestehenden Ovarialcyste. Spontanheilung durch Eröffnung am Nabel.) Toulouse méd. Jg. **15**, Nr. 1, S. 1—8. 1913.

Pneumokokken-Peritonitiden sind hauptsächlich primärer, seltener sekundärer Natur; sie kommen besonders im Kindesalter und beim weiblichen Geschlecht vor. Der lymphatische-transdiaphragmatische Infektionsweg ist nicht der gewöhnliche, Infektion im Anschluß an gastro-intestinale Störungen kommt vor; ob der genitale Infektionsweg, wie Brahms meint, sehr häufig ist, ist zweifelhaft; der Blutweg ist der häufigste, er wurde auch experimentell bewiesen. Pathologisch-anatomisch zeigt die Pneumokokkeninfektion des Peritoneums große Neigung zur Abkapselung von Eiter und zur Ulceration an der Nabelnarbe; es kommen aber auch diffuse Formen vor. Heftiger Leibschmerz, galliges Erbrechen und profuse Diarrhöen sind der Beginn; dann schweres Krankheitsbild mit hohem Fieber und Delirien. Später Rötung der Nabelgegend und schließlich hier Aufbrechen und Eiteraustritt. Die diffusen Peritonitiden sind schwerer und nur chirurgisch zu retten. Eigener Fall:

65jährige Frau erkrankt mit Husten, Thoraxschmerzen, Mattigkeit und Fieber. Obj. in pulmonibus nur diffuse Rhonchi; im Leib ein großes Ovarialcystom. Bald Druckempfindlichkeit des Leibes und Facies abdominalis, hoher Puls, 40° Temp., starker Meteorismus. Erbrechen und Übelkeit. Im weiteren Verlauf verschwinden die pulmonalen Symptome, die abdominalen bleiben bestehen; Rötung am Nabel, Abcedierung. Spaltung entleert eine große Menge charakteristischen Pneumokokken-Eiters; er enthält Pneumokokken in Reinkultur; bald Besserung der peritonitischen Symptome. Nach etwa 16 Tagen weitere Entleerung einer sehr großen Menge schokoladenfarbiger, dicker, fadenziehender Flüssigkeit; der Ovarialtumor verschwindet, er läßt sich nicht mehr palpieren, der Leib ist flach geworden. Die Nabelwunde ist fistulös geblieben. Epikritisch handelt es sich um eine Pneumokokkeninfektion der Lunge; hämatogene Infektion des Peritoneums, wobei das Ovarialcystom begünstigend wirkt. Typischer Verlauf mit Nabelabcedierung, hierdurch auch Eröffnung des Ovarialcystoms und Entleerung. Heilung. *Rob. Schröder* (Rostock).

Schmidt, O., Die operative Behandlung der Peritoneal- und Genitaltuberkulose. (*Frauenklin., Krankenanst., Bremen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 404—413. 1913.

Verf. glaubt, daß die allgemeine Peritonealtuberkulose aus der Genitaltuberkulose ebenso häufig entstehe wie die Infektion der Genitalien vom Peritoneum aus zustande komme. Die isolierte Ovarialtuberkulose ist nach seinen Erfahrungen recht selten. Was die Diagnose anlangt, so hält er die Tastung von Knötchen auf den Douglasschen Falten durchaus nicht für beweisend. Ebenso sind die subcutane Tuberkulinreaktion, die Ophthalmo- und Pirquetsche Kutanreaktion unsichere diagnostische Anhaltspunkte. Auf Grund von 37 in den letzten 12 Jahren operierten Fällen mit 12 Todesfällen glaubt er in einer großen Zahl die Operation empfehlen zu können, zumal es ihm vergönnt war, bei 3 relaparotomierten Patientinnen ein mehr oder weniger vollkommenes Zurückgehen der Tuberkulose konstatieren zu können. Die Art des Eingriffes hat sich nach dem jedesmaligen Befunde zu richten. Neben dem chirurgischen Vorgehen ist eine zielbewußt durchgeführte Heilstätten- oder Sanatoriumbehandlung

ein unbedingtes Erfordernis. Einzelheiten über den Sitz der Tuberkulose, die eingeschlagene Therapie und die Dauerresultate sind im Original nachzulesen. *Ebeler.*

Ferguson, John, Medical aspects of septic peritonitis. (Medizinische Betrachtungen über septische Peritonitis.) Canad. practit. a. rev. Bd. **38**, Nr. 2, S. 69—77. 1913.

Übersichtliche Zusammenfassung über die septische Peritonitis mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des Hausarztes. Im einzelnen Besprechung von Anatomie, pathologische Anatomie, Ätiologie (Häufigkeit und Gefährlichkeit der einzelnen auslösenden Krankheitserreger). Betonung der zeitigen Diagnose, welche in den meisten Fällen die Prognose bestimmt. Ausführliche differentialdiagnostische Angaben; hier ist zu bemerken die Betonung des fortgeleiteten Schmerzes bei Pleuritis und Pneumonie und die Wichtigkeit der positiven Indikanreaktion für akute Peritonitis oder Magenruptur gegen akute Pankreatitis. Die therapeutischen Winke beschränkt Ferguson auf solche, die dem Hausarzte für sein erstes Handeln wertvoll sein können. Selbstverständlich muß operiert werden. Unter den anderen Vorschlägen wird zur Anregung der Darmtätigkeit Injektion von Hypophysenextrakt (Pituitrin u. a.) empfohlen, die erst jetzt anscheinend in Deutschland bekannter wird. *Hesse.*

Grotti, Andre, Idiopathic peritonitis. (Idiopathische Peritonitis.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet. Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 895—903. 1913.

Verf. gibt zuerst zwei Krankengeschichten:

28jährige Patientin erkrankt nach Angina plötzlich mit diffusen Leibschmerzen, unstillbarem Erbrechen und Durchfällen. Keine Bauchdeckenspannung. Am 5. Tag Tod unter allen Erscheinungen einer diffusen Peritonitis. Obduktion: Diffuse Peritonitis mit dünnem, geruchlosem Eiter ohne Abkapselung, alle Bauchorgane dabei normal. Kultur des Eiters zeigt Streptokokken, Abstrich vom Rachen vorwiegend Streptokokken. — 6jähriger Junge erkrankt plötzlich mit diffusen Leibschmerzen, Erbrechen und Durchfällen, hohem Fieber, nach 4 Tagen sistiert das Erbrechen, die anderen Erscheinungen blieben 5 Wochen lang. Schließlich bildet sich am Nabel Vorwölbung mit Rötung und Fluktuation, die Operation ergibt einen abgekapselten Absceß mit Pneumokokkeneiter. Heilung.

Die Infektion des Peritoneum bei der primären Peritonitis kann auf folgenden Wegen stattfinden: 1. dem Blutwege — am Peritoneum muß ein Locus minoris resistentiae bestehen —; 2. dem Lymphwege — bei Entzündungen in der Nachbarschaft —; 3. bei Frauen vom unveränderten Genitale aus, besonders zur Zeit der Menstruation auf den dann weniger resistenten Lymphbahnen; 4. durch die makroskopisch intakte Darmwand. Belege für alle Arten werden aus der Literatur gebracht. Erreger sind immer Strepto- oder Pneumokokken, erstere mehr bei Erwachsenen, letztere bei Kindern, das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen. Erstere verursachen meist diffuse Peritonitis, bei letzteren besteht große Neigung zur Abkapselung. Das Krankheitsbild ist typisch: Plötzlicher Beginn mit diffusen Leibschmerzen, meist hohem Fieber, unaufhörlichem Erbrechen und Durchfällen. Für die Differentialdiagnose gegen sekundäre Peritonitis mit ihren lokalisierten Erscheinungen erscheinen dem Verf. wichtig die sofort diffusen Schmerzen und dauernden Diarrhöen. Verwechslung mit Typhus und tbc. Peritonitis kann naheliegen. Bei Streptokokken ist der allgemeine Verfall ein rascher, die Prognose sehr schlecht, bei Pneumokokken tritt nicht eine so allgemeine Intoxikation ein, der Verlauf ist sehr oft günstig. Die Behandlung ist die chirurgische, ihr Erfolg hängt von der Frühzeitigkeit der Diagnose ab. *Erich Schmidt* (Greifswald).

Benedict, A. L.: Bibliography of chylous cysts of the mesentery. (Literatur der Chyluscysten des Mesenteriums.) Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 6, S. 606—610. 1913.

Benedict vervollständigt eine Liste von 52 Fällen, welche von Friend im Juli 1912 in derselben Zeitschrift veröffentlicht wurden, unter kritischer Sichtung des Materials auf 96 Fälle. Hervorgehoben wird die Gutartigkeit des Leidens (60 Fälle geheilt) und das gleichmäßige Vorkommen bei beiden Geschlechtern. *Mac Lean* (Wurzen).

Bovis, R. de, Autour de l'occlusion intestinale d'origine gravidique et de son mécanisme. (Durch Schwangerschaft verursachter Intestinalverschluß

und der Mechanismus seines Zustandekommens.) Sem. méd. Jg. **33,** Nr. 18, S. 205—206. 1913.

In Form eines Sammelreferates bringt Verf. zunächst eine Übersicht von Störungen, die das Zustandekommen eines Ileus in der Gravidität begünstigen können: Verlagerung der Flexura sigm., Einklemmung der graviden Uterus, Myome der Cervix und ev. auch des Corpus uteri u. ä. m. Daneben kommen nach seiner Ansicht auch Fälle vor, wo die Obstipation, die bei Gebärenden und Wöchnerinnen so häufig sei, den Anstoß zu einer Occlusion gibt, sobald nur die geringste Veranlassung dazu bestehe. Bei anderen Kranken ist nach Ansicht des Verf. überhaupt keine anatomische Ursache für den Darmverschluß aufzufinden. Kompression des Darmes durch den Kopf des Kindes bei engem Becken und langdauernder Geburt und schließlich auch durch den puerperalen Uterus unter Bezugnahme auf den Fall von Rieck führt der Verf. zum Schlusse an. *Voigt* (Göttingen).

Schwartz, Anselme, Traitement de la crise d'appendicite aiguë. (Behandlung des akuten Appedicitisanfalls.) Paris méd. Nr. **29,** S. S. 71—73. 1913.

Gegenüber den Chirurgen, die jede Appendicitis nach gestellter Diagnose sofort operieren, schlägt Verf., wenn irgend angängig, folgende Behandlung vor.

Absolute Bettruhe in horizontaler Rückenlage. Applikation einer Eisblase, die nicht nur die Fossa iliaca, sondern fast das ganze Abdomen bedeckt. Dieselbe soll luftleer sein, kleine Stückchen Eis enthalten und alle 2 Stunden frisch gefüllt werden. Zwischen Leib und Eisblase ist Flanell zu legen, gegen beginnende Erfrierung der Haut Talkum anzuwenden. — Reichliche Wasserzufuhr, viertelstündlich eßlöffelweise, täglich bis 2 l. Falls Patient bricht, ist dieselbe Menge durch Infusion zu geben. Kein Opium oder Morphium, die das Krankheitsbild verschleiern. Unter allen Umständen sind Klystiere oder Abführmittel zu meiden. Frühestens am 8. Tage, wenn alles gut geht, Ricinus. Vom 3. Tage an: Tee, Schleimsuppen, Bouillon. Vom 5.—6. Tage: Gemüsesuppen. Am 8.—9. Tage nach Ricinus: Purées und Weißbrot. *Hirsch* (Charlottenburg).

Garin, Ch., et A. Chalier: Un cas d'appendicite à oxyures. (Ein Fall von Appendicitis, durch Oxyuren verursacht.) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 8, S. 147. 1913.

Die Verff. berichten über einen einschlägigen Fall mit makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung der entfernten Appendix: die untere Hälfte war vollständig obliteriert, die obere wies neben einer Verdickung der Schleimhaut einzelne Ulcerationen derselben auf. Außer einem Kotstein fand man im Lumen 2 Oxyuren. Mikroskopisch fand man die Parasiten von Eiterkörperchen umgeben in der Tiefe eines Abscesses, für dessen Zustandekommen die Verff. die Parasiten verantwortlich machen, welche pathogene Mikroben in die Wand der Appendix einimpften. *J. Voigt.*

Nageotte-Wilbouchewitch: L'appendicite chez les tout petits. Opération chez un enfant de 16 mois. (Die Appendicitis bei ganz kleinen Kindern. Operation an einem Kinde von 16 Monaten.) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 19, S. 346 bis 348. 1913.

Unter Anführung einiger Krankengeschichten, darunter der eines Kindes von 16 Monaten, tritt Verf. für möglichst frühzeitige Operation bei Appendicitis im Kindesalter ein. Als diagnostisches Symptom wertet sie vor allem die reflektorische Muskelspannung und empfiehlt Palpation unter leichten vibratorischen Bewegungen. *Freund* (Wien).

Savariaud: Pronostic et traitement de l'appendicite aiguë au début de la crise. (Prognose und Behandlung der akuten Appendicitis während des Anfalles.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17,** Nr. 12, S. 401—403. 1913.

Savariaud hat bei konservativer Behandlung der akuten Appendicitis bei Kindern schlechte Resultate gehabt (24 Todesfälle auf 75 Kranke), so lange er erst operierte, wenn sich Zeichen allgemeiner Peritonitis einstellten. Er empfiehlt daher, alle Appendicitisfälle, die Zeichen einer Peritonitis darbieten, sofort zu operieren, wenn man sie bekommt, und alle anderen Fälle, sobald die Diagnose sicher oder wenigstens sehr wahrscheinlich ist, möglichst in den ersten 24—36 Stunden nach Beginn des Anfalls zu operieren. Die allgemeine Mortalität sank in den letzten Jahren von 32 auf 18, 16 und 15%. Bei seinen 42 Frühoperationen hatte er gar keinen Todesfall. *Eckert.*

Baudet: Sur un cas d'appendicite herniaire. (Ein Fall von Appendicitis im Bruchsack.) (Soc. de chirurg. de Toulouse. Séance du 6. VI. 1913.) Arch. méd. de Toulouse Jg. 20, Nr. 12, S. 162—164. 1913.

Bei einer 66 jährigen Frau fand sich als Inhalt einer rechtsseitigen eingeklemmten Schenkelhernie die entzündete Appendix. Im Bruchsack war blutigseröses Exsudat, nach Coli riechend. Appendectomie, Radikaloperation der Hernie. Am 4. Tag nach der Operation Kotfistel, die sich am 16. Tag schloß. *Knoop* (Duisburg).

Mummery, P. Lockhart, Case of ulcerative colitis, terminating fatally. (Fall von ulcerativer Kolitis mit tödlichem Ausgang.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 7. Clin. sect. S. 209—212. 1913.

Bericht über einen Fall von ulcerativer Entzündung des Colons bei einem 49 jähr. Bäcker, der seit drei Jahren an blutigen Diarrhöen litt. 8—10 mal Stuhlgang am Tage. Leichter chronischer Husten und geringe Zeichen einer Tuberkulose beider Spitzen, deutliche Alveolarpyorrhöe. Bei der Sigmoidoskopie deutliche Ulcerationen im ganzen übersehbaren Colon. 27. Januar Laparotomie in der Mittellinie, Colon zeigte sich überall verdickt. Anlegen einer Appendikostomie, von hier aus Auswaschungen des Darms mit Wasser und 1 proz. Argyrollösungen. Danach geringe Besserung. Nach einiger Zeit trat eine Ulceration um die Appendikostomiestelle ein, die sich bis zur Größe eines halben Kronenstücks vergrößerte. Das Befinden des Pat. wechselte sehr, Anfang März Verschlimmerung und Tod an Bronchopneumonie. — Bei der Sektion fand sich das ganze Colon schwer verändert. Auf den ersten Blick machte es den Eindruck, als ob eine allgemeine Polypose des Dickdarms bestände, die kleinen Polypen stellten sich jedoch als Schleimhautinseln in dem ulcerierten umgebenden Gewebe der Schleimhaut heraus. Bei der bakteriologischen Untersuchung zeigten sich keine Tuberkelbacillen; auffallend war, daß die Pflegerin des Kranken einige Tage vorher an einer Septicämie erkrankt war, hervorgerufen durch Staphylococcus aureus. Es ist möglich, daß die Pflegerin ihre Infektion von dem Kranken hat und die auffallende Ulceration in der Bauchwand von einer Staphylokokkenerkrankung herrührt. — In der Diskussion erwähnt McGavin einen gleichen Fall, bei dem auch Staphylococcus gefunden wurde. Auch Smith spricht sich für den Staphylococcus als Erreger der merkwürdigen Wundinfektion aus. *Penkert* (Halle a. S.).

Law, A. A.: Membranous pericolitis. (Pericolitis membranacea.) Journal-lancet Jg. 33, Nr. 12, S. 335—341. 1913.

Niederlegung seiner an einem Material von 31 Fällen gesammelten Erfahrungen. Anführung der Literatur über die ziemlich unklare Ätiologie, Besprechung der Diagnose und Therapie, die bei weit vorgeschrittener allgemeiner Enteroptose konservativ sein soll. Beinahe immer besteht gleichzeitig Appendicitis, häufig Gallensteine. Bevorzugung des weiblichen Geschlechts. Beim Text 8 Röntgenaufnahmen. *Schmidt* (Karlsruhe).

Collins, Arthur N.: Membranous pericolitis. (Pericolitis membranacea.) Journal-lancet Bd. 33, Nr. 12, S. 341—346. 1913.

Besprechung der Literatur. Drei Entstehungstheorien: kongenital, mechanisch, entzündlich. Verf. spricht sich auf Grund seines reichen Materials für die letztere aus. Als Hauptursache wird eine Entzündung des Coecums und Colon ascendens angesehen, die fast immer gleichzeitig bestehende Appendicitis ist sekundärer Art. Zugunsten dieser Theorie sprechen: Die Weite des Coecums, die infolge der Antiperistaltik dort herrschende Stase, die absorbierende Funktion des Coecum und Colon ascendens, die im Coecum ansässige Bakterienflora und ihre Toxine. Kurzer Bericht zweier selbst beobachteter Fälle im Kindesalter. Beim Text 3 Skizzen zur Erläuterung dei kongenitalen Theorie. *Schmidt* (Karlsruhe).

Viguier, Volvulus du caecum, du côlon ascendant, y compris l'angle hépatique, et de l'origine du côlon transverse. Mort par entérorragie. Volvulus du côlon pelvien, traité par la détorsion simple; récidive vingt mois après; résection de l'anse colique; guérison. (Volvulus des Coecum, des Colon ascendens einschließlich der Flexura hepatica und des Quercolons. Tod durch Darmblutung; Volvulus der Flexur, geheilt durch einfaches Aufdrehen; Rezidiv 20 Monate später; Resektion der Dickdarmschlinge; Heilung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 39, Nr. 22, S. 932—941. 1913.

2 Fälle, deren Einzelheiten genau aus der Überschrift ersichtlich sind. In der Diskussion berichtet Delbet einen Fall von chronischem, intermittierendem Flexur-Volvulus: die Anfälle sistierten nach operativer Fixur der sehr langen und mobilen Flexur. *Hannes* (Breslau).

Brown, John Young: The value of complete physiological rest of the large bowel in the treatment of certain ulcerative and obstructive lesions of this organ. With description of operative technique and report of cases. (Der Wert vollständiger physiologischer Ruhe des Dickdarms zur Behandlung gewisser ulceröser und obstruierender Läsionen dieses Organs.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. **6**, S. 610—613. 1913.

Verf. empfiehlt die Ausschaltung des gesamten Dickdarms durch Anlegen eines Anus praeternaturalis im Ileum an seinem Übergang ins Coecum bei Fällen von ulceröser Kolitis mit Obstruktionserscheinungen, bei ulceröser Kolitis auf Amöben, auf bacillärer und tuberkulöser Basis. Ins Coecum wird ein Katheter zu Spülzwecken eingenäht. *Hannes.*

Goldthwait, Joel E.: Orthopedic principles in the treatment of abdominal visceroptosis and chronic intestinal stasis. (Orthopädische Grundsätze bei der Behandlung der Senkung der Abdominalorgane und intestinaler Stase.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 6, S. 587—594. 1913.

Nach ausführlicher anatomischer Einleitung Betonung der Meinung, daß bei allgemeiner Ptose der Abdominalorgane die operative Fixierung eines einzelnen Organes (etwa einer Niere, oder der Flexura hepatica, oder lienalis coli) nicht nur nicht helfen, sondern sogar die Beschwerden steigern kann. Für derartige Fälle muß neben und auch ohne operative Eingriffe eine sorgfältige orthopädische Behandlung (Übungen, exakt angepaßte Korsetts usw.) unbedingt gefordert werden. Erläuternde Abbildungen. *Hesse.*

Eckhart, G. G., Abdominal calamities. (Abdominalerkrankungen.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 5, S. 201—203. 1913.

Gemeint sind plötzlich eintretende, schwere Abdominalerkrankungen, welche sofortige chirurgische Hilfe erfordern, wie Perforationen von Magen- und Darmgeschwüren, von Gallenblase und Appendix, Zerreißung des Darms durch Quetschung und Platzen einer Tubargravidität. Bemerkungen über Shock. Mitteilung einiger Fälle. Nichts Neues. *Mac Lean.*

McCann, Frederick J., A large pancreatic cyst simulating an ovarian tumour. (Eine große Pankreascyste, einen Ovarialtumor vortäuschend.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 235—236. 1913.

Eine Frau von 31 Jahren bemerkte $3^1/_2$ Monate nach ihrer letzten Geburt eine Anschwellung im Leib, welche rasch und ohne Schmerzen wuchs. 3 Jahre vorher hatte sie an Erbrechen nach dem Essen gelitten; ein- oder zweimal war dunkles Blut in den erbrochenen Massen. Der cystische, die Bauchhöhle anfüllende, schmerzlose Tumor schien mit dem Uterus zusammenzuhängen und ovarieller Herkunft zu sein. Am 7. März 1912 eröffnete ein Chirurg durch einen medianen Schnitt den Tumor und drainierte denselben; die in großer Menge ausfließende schleimige Flüssigkeit enthielt Verdauungsfermente. Die Wand der Cyste wurde an die Bauchdecken angenäht und die Drainage bis zum 26. März aufrechterhalten. Dann ließ man die Wunde sich schließen. Am 2. Dez. kam Pat. in die Behandlung von Mc Cann wegen höchst rapider Zunahme der Geschwulst. Derselbe exstirpierte dann gänzlich die Cyste, welche vom Kopfe des Pankreas ausging. Pankreas, Aorta, Vena cava inf. lagen nach Entfernung der Geschwulst bloß da. Zahlreiche Gefäße längs der großen Kurvatur des Magens mußten unterbunden werden. Glatte Heilung. Die Cyste von der Größe eines Fußballs war sehr dünnwandig. Mikroskopisch konnte an einzelnen Stellen der Wandung Pankreasgewebe nachgewiesen werden.

Die Pankreascysten entwickeln sich unter dem linken Rippenrand und wachsen von da nach abwärts, drängen Magen und Leber aufwärts, während das Kolon transversum nach unten verdrängt wird. Nur wenn die Cyste sehr groß wird, kann sie für eine hochliegende, adhärente Ovarialcyste gehalten werden. Die Anamnese aber, das Wachstum des Tumors von oben nach unten, die Tatsache, daß der am meisten hervorragende Teil in der Gegend des Pankreas in Nabelhöhe sich befindet, und die Möglichkeit, die inneren Genitalien getrennt vom Tumor zu palpieren, können zur richtigen Diagnose verhelfen. Probepunktion ist gefährlich und nicht zu empfehlen. *Klein.*

Harnorgane:

Tosatti, Carlo: Reni mobili in degenerazione policistica. (Wanderniere in cystischer Degeneration.) (*Istit. di clin. chirurg. ed oper., univ. Parma.*) Clin. chirurg. Bd. **21**, Nr. 5, S. 1129—1132. 1913.

Tosatti berichtet über eine Patientin, die mit Druckbeschwerden im rechten Hypo-

chondrium erkrankte, die im Laufe eines halben Jahres ständig zunahmen und die Frau körperlich ad maximum herunterbrachten. Als einziger Befund war in der rechten Lumbo-abdominalregion ein kindskopfgroßer derber Tumor zu palpieren und in der linken Nierengegend ein kleinerer, ebenfalls inspiratorisch verschieblicher und auch in der transversalen etwas mobiler Tumor. Die Diagnose war demnach gegeben: Wandernieren in cystischer Degeneration. Es wurde beschlossen, nach Ceccherelli beide Nieren zu dekapsulieren und zu fixieren, was sich leicht durchführen ließ. Beim Abziehen der Nierenkapsel wurden besonders massenhaft kleinere und große Cysten der Nierenoberflächen eröffnet und Adhäsionen zwischen Kapsel und Parenchym durchtrennt. Die Nierenbecken und Ureteren waren normal. 19 Tage nach der Operation verließ Patientin in jeder Beziehung wesentlich gebessert, die Klinik und war während des folgenden Jahres gesund. Sie entzog sich weiterer Beobachtung.

Es ist selbstverständlich, sowohl der Dekapsulation als auch der Fixation jeder für sich in solchen Fällen eine günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes zuzuschreiben, eine besonders günstige selbstverständlich einer solchen Kombination. *Fuchs.*

Casper, L., Zur Diagnose der doppelseitigen Nierentuberkulose. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 24, S. 1140—1142. 1913.

Früher hat Verf. den Standpunkt vertreten, daß jede Niere, in deren Harn mikroskopisch oder durch den Tierversuch Tuberkelbacillen nachgewiesen würden, als tuberkulös anzusprechen sei. Die weitere Forschung hat jedoch ergeben, daß (leicht) nephritische Nieren bei Anwesenheit eines tuberkulösen Herdes im Körper im Gegensatz zu gesunden Nieren Tuberkelbacillen durchlassen. Bei einer bestehenden (leichten) Nephritis spricht deshalb der Nachweis von Tuberkelbacillen im Harn nicht unbedingt für eine Nierentuberkulose. Die Entscheidung, ob eine nephritische Ausscheidungstuberkulose oder ein tuberkulöser Nierenprozeß vorliegt, ist nicht ganz einfach. Wenig weiße und rote Blutzellen, mäßige Cylindrurie und relativ starke Albuminurie bei gut erhaltener Funktion der Nieren sprechen für eine Ausscheidungstuberkulose in einer nephritischen Niere, dauernde Ausscheidung von massenhaft roten und weißen Blutzellen, keine oder nur wenige Zylinder, Albumen dem Gehalt an corpusculären Elementen entsprechend und herabgesetzte Nierenfunktion sprechen für einen tuberkulösen Prozeß. *Lampé* (München).

Koll, Ed., Zum Röntgennachweis paranephritischer Abscesse. (*Städt. Krankenh., Barmen.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 3, S. 298 bis 303. 1913.

Die Röntgenstrahlen gestatten eine Erleichterung resp. Sicherung der Diagnose der paranephritischen Abscesse, sowie eine präzise Lokalisation derselben. Die Röntgenstrahlen zeigen in solchen Fällen typische, scharf umschriebene Schatten von der Intensität der Niere. Die Form und Lage dieser Schatten ist eine verschiedene. Rhombisch geformte und bananenförmige Gebilde nach außen von der Niere, von deren unterem Pol nach dem Darmbeinkamm verlaufend oder dem oberen Nierenpol aufsitzend und denselben nach oben und außen kappenförmig deckend. Röntgen- und Operationsbefund sind identisch. *Immelmann* (Berlin).

Bonnel, F., Deux cas de tumeur réno-surrénale: épinéphrome et cancer du rein à cellules claires. (Zwei Fälle von Nieren-Nebennierengeschwülsten; Hypernephrom und Nierencarcinom mit hellen Zellen.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 5, S. 277—279. 1913.

Verf. beschreibt 2 Fälle von Tumoren, die von versprengten Nebennierenkeimen ausgingen. Im ersten Falle handelte es sich um einen orangegroßen in der Nierenbucht gelegenen, scharf abgegrenzten Tumor, der bei einer 80jährigen mit Erfolg entfernt wurde. Makroskopisch zeigte sich das bekannte gelbe Gewebe auf dem Durchschnitt, mikroskopisch sah man die für diese Hypernephrome charakteristischen Zellreihen, die durch dünne Bindegewebssepten getrennt waren. — Im zweiten Falle — 41jähriger Mann — hatte der Tumor das Nierengewebe infiltriert, seine Grenzen waren unscharf. Mikroskopisch fanden sich neben den beschriebenen hellen Zellen unregelmäßige, stark tingierte kleinere Zellen, die in Gruppen zwischen erstere eingesprengt waren. Verf. hält diese zweite Form für ein Carcinom, das auf dem Boden eines Hypernephroms sich entwickelt hat. *Keller* (Zürich).

Adrian, C., Bericht über die Tätigkeit der an die chirurgische Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke während des achten Jahres ihres Be-

stehens in der Zeit vom 1. Juni 1912 bis 31. Mai 1913. Straßburg. med. Zeit. Jg. **10,** H. 6, S. 133—160. 1913.

Adrian gibt in seinem 8. Jahresbericht wiederum sehr instruktive Aufsätze über urologische Fragen, die auch für den Gynaekologen manch Wissenwertes bringen. 1. Über Mißbildungen der Nieren und Harnleiter und deren klinische Bedeutung. Mißgebildete Nieren erkranken selbst relativ häufig und ziehen auch Erkrankung der anderen Niere nach sich (Nephritis oder Tuberkulose), sie wirken auch mitunter raumbeengend auf Magen, Darm, Aorta und beeinflussen den Geburtsmechanismus. a) Die dystope Niere kann die Austreibungsperiode verzögern und eine fehlerhafte Lage des Kindes bewirken, seltener die Geburt absolut behindern. b) Die polycystische Nierendegeneration kann excessive Dimensionen des Kindes und dadurch Geburtsstörung bewirken. Mißbildete Nieren (dystope Beckenniere, überzählige Niere, Hufeisenniere, polycystische Nierendegeneration) können mit anderen Tumoren des Unterleibes verwechselt werden. Es werden dann die diagnostischen Methoden zur Erkennung von Mißbildungen der Harnleiter (Doppelbildung, angeborene Verengung und Verschließung, Kreuzung) besprochen und zwei Fälle von angebornem einseitigem Nierendefekt resp. Solitärniere besprochen. Letzterer Fall war mit Uterus bicornis und rudimentär entwickeltem linken Horn kompliziert. Cystoskopie und Chromocystoskopie sowie Röntgenphotographie leisteten hier Gutes, während der Ureterkatheterismus nicht verwendbar war. Bei Hufeisenniere ist von der Cystoskopie nichts zu erwarten, wohl aber von der Röntgenphotographie, besonders, wenn Steine darin sind. In einem Falle von Stein bei Hufeisenniere wurde die Diagnose mittels Chromocystoskopie und Radiographie gestellt und bei der von Stolz ausgeführten Pyelotomie bestätigt. Weiterhin bespricht A. anläßlich einer Beobachtung von Hypospadie bei Vater und Sohn die Vererbung bei Harnleiden bzw. urologischen Erkrankungen. Gewisse Anomalien im Harn (und Genitalapparat) können sich vererben, vor allem die cystöse Nierendegeneration, die einen ausgesprochen familiären bzw. hereditären Charakter hat. Bei Alkaptonurie, Cystinurie, Diabetes, Cystin-, Harnsäure-, Oxalat-Steinbildung vererbt sich die Disposition für diese Erkrankungen. Jedoch vererben sich diese Erkrankungen nie direkt als solche, nur in einem Falle von Cystinurie ist diese Affektion beim Neugeborenen beobachtet worden und Alkaptonurie wurde „schon in den ersten Lebenstagen" berichtet. Disposition zur Bildung von Phosphatkonkrementen ist nicht erblich, sie hängt in erster Linie von dem Bestehen eines entzündlichen Prozesses in den Harnwegen ab. Nicht selten werden Mitglieder einer Familie in verschiedenen Lebensaltern von Albuminurie befallen. Auch Fälle von familiär-hereditärer Nephritis (speziell von chronisch indurativer Nephritis) kommen vor. In den Fällen von angeborener Schrumpfniere bei Kindern, deren Mütter an Nephritis litten, handelt es sich nicht um Vererbung, sondern Giftwirkung auf die fötale Niere. Bei Phosphaturie, Enuresis nocturna, hereditärer Polyurie (Diabetes insipidus heredit.) und vielleicht bei manchen Formen des essentiellen Diabetes mellitus scheint das neuropathische Moment der Vermittler des betreffenden Leidens und bei der Vererbung von Bedeutung zu sein. Bei der renalen Hämophilie handelt es sich um eine lokale Störung auf hereditärer Grundlage. Bei einzelnen Leiden (Alkaptonurie, Cystinurie, polycystischer Nierendegeneration, Diabetes) scheint das Leiden eine Folge der Heirat zwischen Blutsverwandten darzustellen, also auf Inzucht zu beruhen. *Knorr* (Berlin).

Bumm: Über Unterbindung als Therapie bei hochsitzenden Ureterverletzungen. (Gynaekol. Ges. Berlin. Sitzg. v. 25. IV. 1913.)

Bumm empfiehlt in Fällen hochsitzender Ureterverletzungen, in denen eine Implantation oder Anastomose sich wegen zu großer Spannung verbietet, die einfache Unterbindung und Versenkung des zentralen Ureterstumpfes. In 4 Fällen hat er danach reaktionslosen Verlauf ohne Störung seitens der betreffenden Niere gesehen. *Zinsser.*

Furniss, Henry Dawson: One gauze sponge removed from bladder, another from the vagina, months after a Duehrssen operation for prolapse. (Entfernung

eines Gazetupfers aus der Blase, eines zweiten aus der Scheide, monatelang nach einer Dührssenschen Vorfallsoperation.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. 24, S. 1879. 1913.

Nach einer Dührssenschen Interpositionsoperation bei Prolaps traten alsbald Fieber und Blasenbeschwerden auf. Nach 5 Monaten wurde mittels Cystoskopie Oedema bullosum in der Gegend des rechten Ureters und später in demselben ein Stück Gaze gefunden. Tags darauf fühlte Patientin eine Verstopfung des Harnweges. Wegen Retention des Urines mußte katheterisiert werden. Leichte Extraktion eines Gazetupfers aus der Blase mittels Kellys Speculum Nr. 12 in Knieellenbogenlage unter Ätheranästhesie. 3 Monate später Entfernung eines Gazestückes aus einer Öffnung der vorderen Vaginalwand. Völlige Heilung. *Knorr.*

Mauclaire, Fistules vésico-vaginales. (Blasen-Scheidenfisteln.) (*Hôp. de la charité.*) Progr. méd. **41,** S. 163—166. 1913.

Kurze Übersicht über die verschiedenen Blasenscheiden-, Ureterscheiden- und Uterusblasenscheidenfisteln, deren Behandlung und Operationswege. Nichts neues. *Penkert* (Halle).

Brown, G. van Amber, Methods of diagnosis in lesions of the upper urinary tract. (Methoden der Diagnose bei Schädigungen der oberen Harnwege.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol. meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 5, S. 931—937. 1913.

Brown erwähnt ganz kurz zunächst die äußeren Untersuchungsmethoden (Inspektion, Palpation) und Symptome (Hauthyperalgesie, Reflexschmerzen), ohne auf Einzelheiten einzugehen; bespricht dann die Untersuchung des Urins im Laboratorium auf pathologische Bestandteile, die Chromozystoskopie und die Phenosulfonphthaleinmethode von Rowntree und Geraghty, auf die er etwas ausführlicher eingeht. Bei Verdacht auf Tuberkulose ist der Tierversuch anzuwenden. Bei Hindernissen im Ureter liegt in 75% der Fälle Ureterstein vor (Olivenölinjektion). Wert der Radiographie mit und ohne Collargolfüllung (Differentialdiagnose bei Plebolithen usw.). *Colmers* (Coburg).

● **Blum, Victor: Nierenphysiologie und funktionelle Nierendiagnostik im Dienste der Nierenchirurgie und der internen Klinik.** Leipzig und Wien, Deuticke. 1913. VIII, 121 S. M. 4.—.

Verf. als Schüler und Mitarbeiter von Fritsch hat sich die Aufgabe gestellt, Ärzte in das neue Gebiet der modernen funktionellen Nierendiagnostik und topischen Prüfung der Teilfunktionen der Niere einzuführen und auch zu orientieren. Er will dort, wo die Resultate noch lückenhaft sind, zu erneuter physiologischer und pathologischer Forschung und zu klinischer Prüfung auf vorgezeichneten und neuen Wegen anregen. Besonders instruktiv für den Praktiker ist das Kapitel über die Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik für die chirurgische und medizinische Klinik der Nierenkrankheiten. Hier findet man an klaren und gut gewählten Beispielen Paradigmen für die Prüfung und das Verhalten bei den einzelnen Erkrankungen (Tumoren, Tuberkulose, Pyonephrose, Hydronephrose, Nephrolithiasis) und die sich daraus ergebenden Resultate für die Indikation eines chirurgischen oder nicht chirurgischen Eingriffes. Ein weiteres Kapitel betrifft die Nierenfunktionsprüfung im Dienste der Indikationsstellung der Prostatectomie. Zum Schluß stellt Verf. alles das zusammen, was sich aus der funktionellen Nierendiagnostik für die Erkenntnis und Behandlung der einzelnen Nephritisformen ergibt; diagnostische Resultate, die geeignet sind, unsere bisherigen Anschauungen betreffs Diagnose und Therapie dieser Erkrankungen zu reformieren und weiter auszubauen. *Weißwange* (Dresden).

Marion, G., Boule amovible pouvant se fixer extemporanément sur n'importe quelle pince cystoscopique pour servir à l'immobilisation des cystoscopes. (Abnehmbare Kugel, welche jederzeit an jeder beliebigen Kontaktgabel eines Cystoskops zum Zwecke der Ruhigstellung des Cystoskops angebracht werden kann.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10,** Nr. 57, S. **209.** 1913.

In der Überschrift ist alles enthalten. Zu haben bei M. Gentile (Paris). *H. Albrecht* (München).

Lewin, Arthur, Universal-Spülansatz. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 5, S. 387 bis 388. 1913.

Beschreibung eines mit entsprechenden Ansatzstücken für jedes Spülcystoskop zu verwendenden Spülansatzes. Zu- und Abflußrohr sind mit Ventilen versehen, die durch Fingerdruck leicht betätigt werden können. Der Vorteil liegt darin, daß das Abflußrohr blasenwärts vom Zuflußrohr angeordnet ist; es wird dadurch eine Verunreinigung von Irrigator oder Spritze, die zur Injektion benutzt werden, vermieden. Bezugsfirma: Georg Wolf, Berlin, Karlsstr. 18.
Neumann (Heidelberg).CH

Mamma:

Heath, P. Maynard, Pseudo-hypertrophy of the breast. (Pseudohypertrophie der rechten Brustdrüse.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Clin. sect. S. 205. 1913.

Bei einem 16jährigen Mädchen entstand im Laufe eines halben Jahres eine schmerzlose Vergrößerung der rechten Brustdrüse; sie war von normaler, mit erweiterten Venen versehener Haut bedeckt, fühlte sich klumpig an und erschien in mehrere, deutlich abgrenzbare Lappen getrennt.

Wegen des einseitigen Sitzes, der harten Beschaffenheit der Drüsenlappen und der Vergrößerung der Achseldrüsen glaubt er an eine entzündliche Genese und spricht von Pseudohypertrophie. Ein Anhalt für eine tuberkulöse Erkrankung der Drüse fand sich nicht. *Rittershaus* (Coburg).

Farrar, Joseph D.: Successful removal of an ulcerated carcinoma of the breast by the „Halstead method." (Erfolgreiche Entfernung eines ulcerierten Mammacarcinoms mit der „Halstead-Methode".) (Sect. on surg., med. soc. of the State of Pennsylvania, Scranton sess., 26. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 9, S. 705—707. 1913.

Bericht über erfolgreiche Amputatio mammae mit vollständiger Entfernung des Pectoralis maior und minor und Ausräumung der Achselhöhle bei einem seit 5 Jahren bestehenden ulcerierten Mammacarcinom. Rekonvaleszenz durch monatelange Sekretion aus Drainfistel gestört, die erst mit Ausstoßung eines kleinen Knochensequesters sistierte. Funktionen des Armes gestört, doch kann Patientin ihrer häuslichen Beschäftigung ohne Störung nachgehen.
Vassmer (Hannover).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Waasbergen, G. H. van: De pathologie van de baring. (Die Pathologie der Geburt.) Nederl. Maandschrift voor vorlosk. en vrouwenz Jg. **2**, Nr. 6, S. 385 bis 390. 1913.

Jahresreferat über 1912. *Stratz* (den Haag).

Baisch, Karl: Die Chirurgie in der Geburtshilfe. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 27, S. 797—805. 1913.

Indikation, Technik und Resultate der chirurgischen Operationen in der Geburtshilfe, nämlich der Beckenerweiterung, des Kaiserschnittes und der vaginalen Hysterotomie werden eingehend besprochen und ihre großen Vorteile gegenüber den früher allein geübten Maßnahmen der prophylaktischen Wendung, künstlichen Frühgeburt, hohen Zange und Perforation des lebenden Kindes hervorgehoben, besonders auch in bezug auf Erhaltung des kindlichen Lebens. So einfach nun auch die chirurgischen geburtshilflichen Operationen in der Hand eines geübten Spezialisten unter den günstigen Verhältnissen einer Klinik sein mögen, so ist doch unbedingt daran festzuhalten, daß diese Eingriffe nicht in das Privathaus gehören, wo ihre Prognose wesentlich ungünstiger sein muß. Wo die Überführung der Patientin in eine Anstalt nicht zu erreichen ist, muß sich der Arzt mit den alten unblutigen Methoden behelfen, ev. selbst zur Perforation des lebenden Kindes seine Zuflucht nehmen. *Jaeger* (Leipzig).

Schwangerschaft:

Jägerroos, B. H.: Findet im Chorion junger menschlicher Eier eine Blutgefäß- und Blutbildung statt? (*II. Frauenklin., Wertheim.*) Arch. f. mikroskop. Anat. Bd. 82, H. 3, Abt. I, S. 271—288. 1913.

Die in der Überschrift gestellte Frage glaubt Jägerroos mit Ja beantworten zu

können; seine Befunde scheinen ihm dafür zu sprechen, daß ebenso wie in der Dottersackwand auch im Chorion Anhäufungen von Mesenchymzellen in Blutinseln und schließlich in junge Blutgefäße umgewandelt werden. Verf., dessen Studien sich auf in 4 proz. Formollösung fixierte, in Paraffin eingebettete und mit Hämatoxin-Eosin gefärbte Präparate von 1—3 Monate alten menschlichen Eiern gründen, berücksichtigt nur die Entstehung von roten Blutzellen und stellt eine Übergangsformenreihe von „frühen Vorstufen", die er von Mesenchymzellen ableitet, bis zu kernlosen roten Blutkörperchen auf. In der Bezeichnung „Erythrocyten" und deren Einteilung in 1. ichthyoide E., 2. sauroide E., 3. Blutpastiden lehnt er sich an Minot an. *Herzog* (Leipzig).

Loeb, Jacques, Die Ursache der spontanen Furchung beim unbefruchteten Seeigelei. (*Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen Bd. **36,** H. 4, S. 626—632. 1913.

Unbefruchtete Eier gewisser niederer Tierarten können sich bis zu bestimmten Stadien entwickeln. Eier des Seesterns kommen bis zur Larvenbildung, besonders wenn sie geschüttelt werden. Seeigeleier zeigen bei längerem Liegen in Seewasser nur die ersten Furchungsstadien. Der Anstoß zur Entwicklung wird durch Oberflächenveränderung der Eier gegeben. Der Raum zwischen Befruchtungsmembran und Ei ist mit Seewasser erfüllt. Bald nach Bildung der Befruchtungsmembran bildet sich auf dem eigentlichen Eiprotoplasma eine gelatinöse Membran. Zusatz von Cyankali, Buttersäure oder Temperatureinflüsse usw. modifizieren die Dicke und Schnelligkeit der Ausscheidung der gelatinösen Schicht. Unbefruchtete Eier von Strongylocentrotus in Seewasser bei niedriger Temperatur bekommen nach 24 bis 48 Stunden die gelatineartige Membran, ohne daß sich die Befruchtungsmembran durch eine dicke Flüssigkeitsschicht vom Protoplasma abhebt. Bei niedriger Temperatur können sie sich bis zum 8- — ja 16- — Zellstadium entwickeln. Weiterentwickelung findet nie statt. Die Zahl der Weibchen, deren Eier spontan eine Membran bilden, beträgt nur etwa 5%. Nur ein gewisser, variierender, meist kleiner Prozentsatz dieser Eier bildet eine Membran mit nachfolgender Furchung. Auch Eier, bei denen Membranbildung künstlich durch Buttersäurebehandlung hervorgerufen wird, entwickeln sich bis zum 16-Zellstadium, falls sie bei niederer Temperatur gehalten werden. Ebenso verhalten sich diese Eier gleich den natürliche Membran bildenden bei Einfluß hypertonischer Seewasserlösungen und Zimmertemperatur: Entwicklung bis zum Larvenstadium. Eier, die leicht, z. B. durch Schütteln eine Membran bilden (Seesternei), haben auch häufigere spontane Furchung, als das Seeigelei.

Verf. schließt aus seinen Beobachtungen, daß es die Veränderungen der Oberfläche des Eies sind, die die Voraussetzung für die Entwicklung bilden.

Hirsch (Charlottenburg).

Ballerini, G., Ricerche istochimiche sul grasso e sui lipoidi placentari. (Histochemische Untersuchungen über die Fette und Lipoide der Placenta.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ. Parma.*) Ann. di ostetr. e ginecol. **35,** S. 65—112. 1913.

Ballerini hat bei 51 Fällen (normale und pathologische Placenten) Untersuchungen mittels der Färbemethoden angestellt (Osmium, Sudan, Neutralrot, Nilblau, Chrom-Haematoxylin, Kupferhämatoxylin usw.). Die Fette erscheinen als Granula oder als Schollen von verschiedener Größe. Der Autor beschreibt dann die Verschiedenheiten der Menge und Formen der Fettsubstanzen in den einzelnen Ei- und Placentateilen; doch muß wegen der ausführlichen Details auf das Original verwiesen werden. Das Syncitialgewebe enthält am meisten Fettsubstanzen, die im Laufe der Schwangerschaft abnehmen. Unter den pathologischen Fällen konnte bei solchen Affektionen, die das Ei nicht direkt schädigten (Infektionskrankheiten während der Gravidität, Fieber usw.), eine Änderung in der Menge der Fettsubstanzen nicht konstatiert werden. Bei Autointoxikationen konnte jedoch eine mäßige Vermehrung beobachtet werden. Der Autor bespricht eingehend die histologisch-chemischen Verhältnisse an Eiern, die durch Abort ausgestoßen wurden; die einzelnen umfangreichen Details müssen ebenfalls im Original eingesehen werden. Eine qualitative Differenz der Fettsubstanzen in normalen und pathologischen Fällen konnte nicht konstatiert werden. Die Fette der Placenta bestehen vorzugsweise aus Lipoidsubstanzen. Die Fette der Placentarzotten müssen als integrierende physiologische Bestandteile der Zellen und nicht als Degenerationsprodukte angesehen werden. Ein Anhang der Arbeit bringt die Krankengeschichten der Fälle, die für die Untersuchungen gedient haben. *Benario.*

Linzenmeier, G.: Der Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. **26**, S. 958—961. 1913.

Verf. bestätigt die Beobachtung Kehrers, daß der Kalkgehalt des Blutes bei Schwangeren nicht vermindert, sondern erhöht ist. Entgegen Kehrer hat er aber bei Eklamptischen keine Verminderung der Kalkmenge im Blute gefunden. Seine Erklärung, daß die Menge Kalk, deren der Foetus zum Aufbau seines Skelettes bedarf, ihm von der Mutter auf dem Blutwege zugeführt werden muß, wird gestützt durch die Befunde an „jungfräulichen" und eierlegenden Gänsen, von denen die letzteren mehr Kalk im Blute aufwiesen. Unter Anfügung einer kleinen Tabelle über den Kalkgehalt der gebräuchlichsten Nahrungsmittel betont Verf. den Wert einer richtig zusammengesetzten Kost und will lieber Kalk im Überschuß noch zugeben, besonders auch als Prophylakticum gegen Zahncaries, die in der Gravidität so häufig ist. *J. Voigt.*

Calderini, F., Diagnosi di gravidanza. (Die Diagnose der Schwangerschaft.) Lucina Jg. **18**, Nr. 5, S. 65—68, Nr. 6, S. 81—84. 1913.

Fortbildungsvortrag für Hebammen. Für den Arzt nichts Neues. Die biologische Schwangerschaftsreaktion wird erwähnt. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Rosenthal, Eugen: Über weitere Erfahrungen mit der serologischen Schwangerschaftsdiagnostik. (*St. Rochus-Spit., Budapest.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 25, S. 1149—1151. 1913.

Die Methode ist vor allem zur Entscheidung der Schwangerschaft bei gesunden Frauen geeignet, bei kranken Frauen, bei denen eine Schwangerschaft in Frage kommt, sind Resultate nicht so sicher. Sie beruht auf der erhöhten antiproteolytischen Wirkung des Blutserums, die in der Schwangerschaft infolge des gesteigerten Eiweißumsatzes besteht. Nachgewiesen durch die wesentlich erhöhte Hemmung der Caseinverdauung durch Trypsin. Reaktion also keine spezifische, sondern entsteht nur durch Veränderung des Eiweißstoffwechsels, der ständigen Begleiterscheinung der Schwangerschaft. Deshalb bei positivem Ausfall alle Krankheiten, welche ebenfalls stärkere Serumhemmung bewirken, auszuschalten wie z. B. Nephritis, Basedow, Carcinom, Fieber.

Unter 332 Fällen 9 für die Reaktion ungeeignet; 1 Resultat negativ bei bestehender Schwangerschaft, der 2. Versager bei 300 Fällen, 27 Tubargraviditäten gaben positiven Ausfall. Untersuchungsresultat in 30 Minuten erhältlich.

Des Verf. Methode und die Abderhaldensche schließen einander nicht aus, sondern können sich ergänzen, namentlich bei Entscheidung der Schwangerschaft nicht gesunder Frauen. *Graeupner* (Bromberg).

Rübsamen, W., Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft mittels der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1139—1141. 1913.

Die Arbeit befaßt sich mit dem Abderhaldenschen Verfahren, und zwar sind beide Methoden geprüft worden, sowohl das optische wie das Dialysierverfahren. Einfach ist das optische Verfahren, vorausgesetzt, daß das Auge des Beobachters zur Ablesung am Polarimeter geeignet ist. Die beiden Methoden ergänzen sich. Um genaue Resultate zu erhalten, ist es notwendig, sich unbedingt an die Vorschriften Abderhaldens zu halten. Die Zahl der Versuche Rübsamens beläuft sich auf 100; davon waren 47 Fälle normale Gravidität. In allen diesen Fällen war die Reaktion sicher positiv. Eine Ausnahme bildete eine 8 Tage alte Schwangerschaft, bei der nur eine schwach positive Reaktion mit dem Dialysierverfahren eintrat. Bei 22 Nichtgraviden fiel die Reaktion negativ aus. Ebenso wurden 13 Fälle von Eklampsie untersucht. Dabei zeigte es sich, daß die Reaktion häufig sehr schwach war. Die Erfahrungen geben einen Fingerzeig für die Prognose. Je stärker das Eklampsieserum abbaut, desto günstiger ist die Prognose zu stellen. 4 Fälle von Tubargravidität ergaben positive Reaktion. Die mit der optischen Methode und dem Dialysierverfahren erhaltenen Resultate von R. stimmen mit den Abderhaldenschen Ergebnissen überein; er konnte keinen Fall beobachten, in dem der Ausfall der Schwangerschaftsreaktion dem klinischen Bilde nicht entsprochen hätte. *Guggisberg* (Bern).

Parsamow, O., Die biologische Diagnostik der Schwangerschaft nach Abderhalden. (*Med. Fraueninst., St. Petersburg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. **25**, S. 934—936. 1913.

Bericht über das Ergebnis von 116 mit der Dialysiermethode Abderhaldens angestellten Versuchen. Parsamow rät, die Placenta derart zu präparieren, daß man sie in kleine Stückchen zerteilt und in 0,9 proz. physiologischer Kochsalzlösung spült und auspreßt. Er beschickt bei jedem Versuch 3 Röhrchen: 1. das zu untersuchende Serum und Placenta, 2. das Serum allein, 3. Placenta in physiologischer Lösung. Während ihm die Kontrollproben nie eine positive Reaktion ergaben, fand sich bei Schwangeren stets eine abspaltende Tätigkeit des Serums, und zwar am Ende der Gravidität ein wenig schwächer, im Puerperium stärker. Bei Extrauteringravidität war die Reaktion einmal negativ, ebenso bei Abort. Positive Reaktion wurde aber auch erhalten bei Nichtschwangeren (in 34 von 54 untersuchten Fällen), so daß P. die Reaktion „bei der jetzigen Technik nicht spezifisch und für praktische Zwecke nur von relativer Bedeutung" hält. *Hamm* (Straßburg).

Aubourg, Paul, Radiographies de foetus in utero. (Röntgenbilder vom Fötus in der Gebärmutter.) Bull. et. mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5**, Nr. **45**, S. 191. 1913.

Die Vorschriften, die erfüllt werden müssen, um gute Bilder vom Foetus zu erhalten, sind folgende: kräftiges Instrumentarium, gut zeichnende Röhre, Verstärkungsschirm, Rückenlage, Röhre unter dem Aufnahmetisch, Platte auf dem Abdomen fixiert, Kompressionsblende. Die Gravida muß vor der Aufnahme künstlich abgeführt haben. *Immelmann* (Berlin).

Hinselmann, Hans, Die angebliche, physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefäßen der uterinen Placentarstelle. (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 1, S. 146—222. 1913.

Bei zahlreichen Untersuchungen an graviden und bei zwei frischpuerperalen Uteris wurden keine Thromben an den Gefäßen der uterinen Placentarstelle gefunden. Viele früher als Thrombose gedeutete Bilder stellen nur absterbendes mütterliches Gewebe dar, bedingt durch die interstitielle Implantation des Eies. — Bezüglich des Vorkommens und der Herkunft zelliger Elemente hat Verf. festgestellt: Die Zellen sind ausschließlich mütterlicher Natur in den späteren Monaten der Schwangerschaft. In früheren Monaten der Schwangerschaft können Trophoblastelemente ohne jegliche prinzipielle Bedeutung die Bilder rein morphologisch modifizieren. Häufig können auch verschleppte nekrobiotische mütterliche Elemente intravasculär gefunden werden. Sie liegen nur scheinbar im Gefäßlumen. Sie liegen da, wo sie entstanden sind, und ihre scheinbare Lage ist nur durch tryptische Rarifikationsvorgänge vorgetäuscht. — Ebenso wie die Decidua basalis eine wesentliche Vermehrung und Neubildung durchmachen kann, kann auch die glatte Muskulatur des Placentarbodens in proliferative Vorgänge eintreten. Es stellt dies die Reaktion des Placentarbodens auf Einschmelzungsvorgänge an seiner Oberfläche dar. — Das perivasculäre und auch Wandgewebe vieler abführender Gefäße der Placentarstelle läßt die verschiedenen Grade der Trypsis und Rarefikation erkennen, wobei am Ort dieser Veränderungen kein Fötalepithel nachweisbar ist. Das bisher einzig sicher nachgewiesene Hilfsmittel des Fötalepithels zur Erlangung ausreichender Nahrungs- und Atmungsbedingungen ist das Choriotrypsin. Das in dem Blut des intervillösen Raumes kreisende tryptische Ferment entfaltet seine Wirkung nicht nur an der Oberfläche der Basalplatte; es strömt mit dem Blut aus dem intervillösen Raum in die abführenden Gefäße der Basalis und Muscularis, wo es dieselben Veränderungen setzt. Die Ausdehnung der Trypsinwirkung hängt von lokalen Verhältnissen ab. Bei Placenta praevia reicht sie oft fast bis in die großen Gefäße. Die tryptischen Gefäße sind gewissermaßen intramurale Ausläufer des intervillösen Raumes. — Da nekrobiotische mütterliche Zellen und Zelltrümmer mit dem Blut- und Lymphstrom verschleppt werden, so ist großes Gewicht auf diese Tatsache des Kreisens blutfremder Stoffe und besonders von blutfremdem Eiweiß im Blute Schwangerer für die Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft zu legen. *Hirsch* (Charlottenburg).

Shoemaker, George Erety, Acute membranous vaginitis in pregnancy, due to enterococcus. (Akute membranöse Vaginitis in der Schwangerschaft, hervorgerufen durch den Enterococcus.) (Sect. on surg., med. soc. of the State of Pennsylvania, Scranton sess., 25. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 9, S. 703—705. 1913.

Bericht über 2 Fälle von Vaginitis im 8. Schwangerschaftsmonat, die subjektiv starkes Jucken, Stechen mit dem Gefühl der Schwellung und des Wundseins darboten, objektiv neben Rötung und Schwellung der Mucosa von Vagina und Vulva ohne Defektbildung derselben, durch kopiösen Ausfluß einer gelblich-weißen Flüssigkeit und Entleerung großer Mengen halbfester gelblicher Massen ausgezeichnet waren, die, wie die bakteriologische Untersuchung ergab, im ersten Fall nur aus grampositiven, kapselbildenden Kokken bestanden, die meist als Diplokokken, aber auch einzeln und in Ketten zu 3 auftraten. Letztere Form trat besonders in der Bouillonkultur auf, während auf Agar nur Staphylokokkenform wuchs. Im 2. Fall wuchsen neben diesen als Enterococcus identifizierten Kokken auch Oidium albicans, auch unterschied sich dieser Fall klinisch vom ersten dadurch, daß nach Abreiben der Vaginalwände kleine blutende Defekte resultierten. Therapeutisch erwiesen sich Argyroleingießungen in 20—75proz. Lösung im Fall 2 mit Boraxlösung kombiniert, wodurch aber die subjektiven Symptome verschlimmert wurden, und nachfolgende Kaliumpermanganatspülungen als sehr erfolgreich. Beide Fälle waren fieberlos. Fall 1 erkrankte am 11. Tage pp. an linksseitiger Phlebitis am Bein und Schenkel mit Temperatursteigerung. *Vassmer* (Hannover).

Neugebauer, Franz v.: Nachtrag zu dem Artikel: 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 13, S. 484. 1913.

Kurze Mitteilung von weiteren 9 Fällen aus der Literatur, in denen bei extrauterinem Sitz der Schwangerschaft Fruchtabtreibungsversuche gemacht worden waren. *Jaeger* (München).

Strassmann: Tubargravidität. (Gynaekol. Ges. Berlin. Sitzg. v. 25. IV. 1913.)

Strassmann entdeckte bei der vaginalen Operation einer Tubargravidität zufällig, daß die Adnexe der anderen Seite fehlten. Er knüpft daran die Mahnung, daß man stets unter Erhaltung des Ovariums operieren soll. *Zinsser* (Berlin).

Sprigg, William Mercer: Treatment of early ectopic gestation. (Therapie der frühen Extrauteringravidität.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gynecol. soc., meet. 11. X. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1209 bis 1210. 1913.

Vor der Ruptur: Operation, sobald die Diagnose gestellt ist. Gleich nach der Ruptur: Operation, sobald wie möglich. Das in die Bauchhöhle ergossene Blut soll durch Kochsalzspülung entfernt werden, jedoch ohne dabei zu viel Zeit zu verschwenden. Es kommt vor, daß das Blut sich ausschließlich zwischen den beiden Blättern des Lig. latum ergießt. Obschon dann die Indikation zur Operation nicht so dringlich ist, besteht doch die Gefahr der sekundären Ruptur des Hämatoms. Einige Zeit nach Ablauf der Rupturerscheinungen: wenn ein großes Hämatom da ist, das sich nicht spontan zurückbildet, Laparotomie; Entfernung des Hämatoms und der Tube. Ist das Hämatom vereitert, dann vaginale Incision und Drainage. Spontane Heilung durch Resorption ist möglich. *Lamers* (Amsterdam).

Sprigg: Incomplete tubal abortion operated upon six months after rupture. (Unvollständiger Tubarabort, 6 Monate nach Ruptur operiert.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gynecol. soc., meet. 13. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1211—1212. 1913.

36jährige Patientin. Letzte normale Periode 29. I. 1912, Cohabitation 11. II. 12. Am 1. III. 12 geringe Blutung 10 Tage lang. Abgang von Fetzen, Unbehagen. 29. III. 12 heftiger Schmerzanfall in der linken Seite des Beckens mit tagelanger Erschöpfung. Uterus etwas vergrößert. 8. IV. 12 geringerer Schmerzanfall, gefolgt von einem 3. auf Einlegen eines Pessars, alle ohne Blutungen. 11. und 27. IV. 12 Blutungen. Abgang von Stücken. Seit 25. V. 12 regelmäßige Menses. 28. IX. 12 Operation der graviden rupturierten linken Tube. *Mohr* (Berlin).

Hood, Noel L.: A case of full-term living child removed by laparotomy in an extra-uterine pregnancy. (Ein Fall von ausgetragenem lebenden Kinde bei Extrauteringravidität durch Laparotomie zutage befördert.) Lancet Bd. **184**, Nr. 24, S. 1662. 1913.

28jährige verheiratete Frau. Im Jahre 1901 im 8. Monat Frühgeburt; macerierte Frucht.

Seither alle 3—4 Monate Anfälle von krampfartigen, als Gallensteinkoliken gedeutete Schmerzen im Bauch. Ausbleiben der Menses im März 1909, spärlicher Blutabgang im April und Mai. Mitte Mai nach einer Wagenfahrt profuse vaginale Blutung. Anfangs Juni, sowie noch zweimal in Abständen von je 14 Tagen, plötzlich auftretende Schmerzen im Abdomen mit Ohnmachtsgefühlen. Untersuchung in Narkose (Ende Juni) ergibt harten Tumor tief im Becken mit anscheinend gravidem Uterus oberhalb desselben. Anfangs Juli werden Kindsbewegungen wahrgenommen. Ende November bis Ende Dezember bei jeder Urinentleerung Abgang von Blut aus der Vagina. Am 20. Dezember Beginn von wehenartigen Schmerzen. Am 22. Dezember Laparotomie: Dünnwandiger Tumor von der Größe eines Uterus am Ende der Gravidität; durch die dünne Wand Kopf und Haar der Frucht erkennbar. Incision und Extraktion eines über 3 kg schweren lebenden Kindes. Der Tumorsack zwischen den Blättern des rechten Lig. latum entwickelt; die Placenta, von der nur ein kleiner Teil gelöst und entfernt werden kann, liegt teilweise an der vorderen Wand des Sackes, teilweise neben dem Uterus und reicht bis in den Douglas. Wegen starker Blutung aus den dilatierten Venen der Sackwand ist eine Lösung und Entfernung des Sackes unmöglich; daher wird derselbe mit der in einem geschlitzten Drain gelagerten Nabelschnur und zwei liegengelassenen Klemmen zur Bauchwunde hinausgeleitet und das Peritoneum ringsherum festgenäht. Entfernung der Klemmen nach 36 Stunden ohne Blutung. Am 10. Tage Abgang einer Deciduamembran, im späteren Verlaufe gehen Placentarüberreste und einige Ligaturen ab, sowie die Nabelschnur. Es bleibt ein in der Tiefe führender Gang zurück, der nach öfterem Zuheilen und Wiederaufbrechen sich endgültig im August 1912 schließt. Die Frucht zeigte eine Konkavität auf der linken Seite des Kopfes, wo derselbe an die Wirbelsäule angedrückt war. Das Kind ist jetzt nach 3 Jahren gesund und normal entwickelt. *Hall* (Graz).

McCann, Frederick J., A primary ovarian pregnancy at the fourth month. (Eine primäre Ovarialschwangerschaft im vierten Monat.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 229—231. 1913.

32jährige Primipara, Partus von $5^1/_2$ Jahren. Keine gynaekologische Erkrankung. Letzte Periode Januar. 7. Juni Laparotomie wegen eines linksseitigen, cystischen, bis über Nabelhöhe reichenden Tumor auf Diagnose linksseitiger Ovarialtumor und Gravidität oder ectopische Schwangerschaft hin. Die Laparotomie ergab alte Blutkoagel in der freien Bauchhöhle. Die linke Tube o. B. Der Tumor wird durch einen mehrcystischen Ovarialtumor gebildet, von denen 2 Cysten im Innern adenomatöse Wucherungen zeigten, während die dritte einen Foetus von 4 Monaten und die Placenta enthielt, in ihrer Wandung nach außen von der Amnionschicht eine fibröse Schicht zeigte, welche nach den 2 Ovarialcysten hin aus typischem Ovarialgewebe bestand. Nach den Beziehungen des Stieles des Tumors zu diesem selbst sowie aus der Tatsache, daß das Ligamentum utero-ovaricum in direkter Verbindung mit dem fötalen Sack stand, nimmt Verf. mit Sicherheit eine Gravidität in einem Ovarium an, welches bereits Sitz einer Tumorbildung war. *Vassmer* (Hannover).

Heinsius, Fritz, Cystennieren und Gravidität. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 429—440. 1913.

Unter kurzer Mitteilung der spärlichen einschlägigen Literatur schildert Verf. eingehend einen selbstbeobachteten Fall von Cystenniere in der Gravidität.

39jähr. Primipara — Partus von 4 Jahren — seitdem Schmerzen in den Seiten und Ptosis beider Nieren. Im 7. Schwangerschaftsmonat heftige Schmerzen in der rechten Seite. Hämaturie und schwere toxische Symptome von seiten der Nieren (Kopfweh, Erbrechen, Sehstörunrungen, Urin erstarrt beim Kochen) mit Anzeichen der Herzschwäche. Nach künstlicher Frühgeburt durch vaginalen Kaiserschnitt (Kind 38 cm lang, stirbt nach einigen Tagen), vorübergehende Besserung. Am 10. Tage p. p. Pyelitis, am 13. Tage Nephrectomia dextra; starb 18 Stunden später. Laparotomie und Autopsie ergaben beiderseitige Cystenniere, rechts kindskopfgroß und Pyelitis; sowie Cystenleber, d. h. durchweg von stecknadelknopfen bis erbsengroßen bläulichen Cysten durchsetzt.

Für die Diagnose der Cystennieren macht Verf. auf das Vorhandensein meist doppelseitiger, höckeriger Nierentumoren, Schmerzen in Nierengegenden und zeitweilige Hämaturien mit Anzeichen der chronischen Nephritis ev. kombiniert mit gleicher Erkrankung der Leber und mit Mißbildungen an den Genitalien aufmerksam. Die Therapie soll natürlich möglichst konservativ sein; wegen der oft eintretenden Verschlimmerung sub graviditate ist diese möglichst zu verhüten ev. künstlich zu unterbrechen. Nephrektomie nur im Notfall zu machen, da ca. $^1/_3$ der Fälle nach diesem Eingriff sterben, und wenn möglich, durch Nephrotomie und Drainage zu ersetzen, obschon von derartigen Fällen auch 2 sofort p. op. und 1 nach $6^1/_2$ Monaten an Urämie starben. *Vassmer* (Hannover).

Le Fur, René, La pyélonéphrite de la grossesse. (Die Pyelonephritis der Schwangeren.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10**, Nr. 57, S. 164—182. 1913.

Le Fur hatte bei 9 schwangeren Frauen eine Pyelonephritis zu behandeln Gelegenheit und teilt seine Erfahrungen mit, nachdem er in seinem letzten Falle durch Nephrektomie vollkommene Heilung erzielte. Im allgemeinen stellt er folgende therapeutische Regeln auf. Bei leichten Fällen soll man auch einfache Mittel anwenden, wie Milchdiät, diuretische und antiseptische Präparate (Urotropin), regelmäßige Entleerung und Desinfektion des Darmes, um den Kolibacillus zu bekämpfen. In den schweren Fällen soll man beim Anfall zuerst systematisch den Ureter katheterisieren und, wenn eben möglich, das Nierenbecken mit desinfizierenden Flüssigkeiten (Höllenstein 1: 1000) ausspülen; auch den Dauerkatheter hat der Verf. mit Erfolg angewandt. In dringenden Fällen soll man während der Schwangerschaft die Nephrotomie machen und, wenn nach der Entbindung die Anfälle fortdauern, die Nephrektomie ausführen. Die Frühgeburt sei aber nur einzuleiten, wenn beide Nieren erkrankt sind oder der Katheterismus des Ureters trotz mehrfacher Anwendung ohne Erfolg blieb. *Bayer.*

Green, Robert M., Cholecystitis and cholelithiasis associated with pregnancy. (Cholecystitis und Cholelithiasis im Zusammenhang mit Schwangerschaft.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168**, Nr. 19, S. 679—681. 1913.

Auf Grund einiger Veröffentlichungen in der amerikanischen Literatur und zweier selbsterlebter und mittels Gallenblasendrainage geheilter Fälle kommt Green zu folgenden Schlüssen: 1. Kausalzusammenhang zwischen Schwangerschaft und Cholecystitis scheint zu bestehen. 2. Symptome dieser Störung können in jedem Stadium der Schwangerschaft, auch nach Fehlgeburt, auftreten. 3. Cholecystitis und Cholelithiasis an sich verursachen keine Fehlgeburt, doch kann Fehlgeburt die ersten Symptome einer zuvor latent bestehenden Gallenblasenaffektion auslösen. 4. Prognose und Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis ist nach Fehlgeburt dieselbe wie sonst. *Michael* (Leipzig).

Sweringen, Budd van, Appendicitis during pregnancy, with the report of an interesting case. (Appendicitis während der Schwangerschaft mit Bericht über einen interessanten Fall.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., Meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 917 bis 924. 1913.

Betonung der Gefahren, die durch Adhäsionsbildung zwischen Appendix und Uterus entstehen und gelegentlich zwingen werden, intrapartum diese Adhäsionen per laparatomiam zu lösen, eventuell Blutungen zu stillen.

Abbildungen eines beobachteten Falles, in welchem durch überstandene Appendicitis Uterus mit Appendix, Coecum und Ileum fest vermauert war und vom Netz das ganze Paket bedeckt wurde. Der Uterus war in dem Falle ganz nach der rechten Seite ausgezogen. Operative Heilung. Auffallend sei die glatte Lösung der Nachgeburt in diesem Falle gewesen, die Sweringen damit erklärt, daß die Placenta in dem anderen, nicht beteiligten Uterushorne lokalisiert war.

Im übrigen empfiehlt Sweringen trotz Gravidität die Frühoperation der Appendicitis. Er betont besonders, daß man Abscesse — selbst noch im Beginn der Wehentätigkeit eröffnen solle, um eine Aussaat der Infektionskeime zu vermeiden, daß man andere Formen der Appendicitis — falls die Wehen, der Geburtsbeginn eingesetzt hat — gleich nach der Geburt oder der Wehentätigkeit operieren solle. *Hesse* (Greifswald).

Hallauer: Unklare Dyspnöe in der Schwangerschaft. (Gynaekol. Ges. Berlin, Sitzg. v. 24. I. 1913.)

Hallauer stellt eine Patientin vor, die eine tiefe Trachiotomienarbe und zu beiden Seiten davon eine deutlich sichtbare Struma aufweist. In jeder Gravidität treten ohne eigentlich erkennbare Ursachen sehr heftige Atembeschwerden auf. Zurzeit sind diese so heftig, daß H. eine Unterbrechung der Schwangerschaft für angezeigt hält. *Zinsser* (Berlin).

Christiani, Arnold, Hystereuryse bei Myom unter der Geburt. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 390—396. 1913.

Für Fälle, in denen durch obturierendes Myom im kleinen Becken und konseku-

tive Wehenschwäche eine Spontangeburt nicht zu erwarten ist, empfiehlt Verf. den Hystereurynter, da er 1. als physiologischer Wehenerreger wirkt, 2. in geeigneten Fällen den Tumor zurückzuhalten vermag und 3., worauf Verf. den Hauptwert legt, nach einigen Stunden dem Geburtshelfer eine genauere Orientierung ermöglicht, ob er ein lebendes Kind zu erwarten hat, ob er das abgestorbene perforieren und extrahieren kann, oder ob er operativ vorzugehen gezwungen ist. *Ehrenberg* (Berlin).

Geburt:

Schlimpert, Hans: Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Hypophyse. (*Pharmakol. Inst.* [*Prof. Straub*] *u. Frauenklin.* [*Prof. Krönig*].) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 1, S. 8—23. 1913.

Experimentelle Untersuchungen mit Rinderhypophysenextrakten am abgeschnittenen Kaninchenohr. Komplizierte Technik der Versuchsanordnung ist im Original nachzulesen. Schlußfolgerungen: Die Hypophysen schwangerer Rinder, speziell deren Hinterlappen, zeigen keinen höheren Gehalt an Hypophysin als die nichtschwangerer Tiere. Das Hypophysin findet sich ausschließlich im Hinterlappen und nicht in den übrigen Hirnabschnitten. Das Hypophysin ist bei Rinderembryonen bereits in der zehnten Woche, bei menschlichen Embryonen im sechsten Monat durch seine vasokonstriktorische Wirkung, von der 28. Woche an bei Rinderembryonen durch vasokonstriktorische und Stauungswirkung nachzuweisen. *Grünbaum* (Nürnberg).

Bondioli, A., L'opoterapia ipofisaria in ostetricia. (Die Organotherapie durch Hypophysenpräparate in der Geburtshilfe.) (*Opera Pia Guardia ostetr., Milano, e asilo „regina Elena" per le madri povere legitt.*) Arte ostetr. Jg. **27,** Nr. 9, S. 129—136. 1913.

Der Autor schildert unter Zugrundelegung von 9 kurz mitgeteilten Krankengeschichten den Effekt der von ihm angewandten Pituitrininjektionen. Injiziert wurde 1 ccm des Parke-Davisschen Präparates bis zu 4 ccm in 12 Stunden. Die Wirkung war in allen Fällen eine prompte, Nebenerscheinungen von seiten des Fötus wurden nicht beobachtet. In einem Fall trat bei der Mutter Prostration, Schweißausbruch und Bradykardie ein. Als Kontraindikation gelten mechanische Hindernisse von seiten der Geburtswege, drohende Uterusruptur, Nephritis, Arteriosklerose, Herzfehler; doch bilden letztere nur eine relative Kontraindikation. *Benario.*

Bondy, Oskar, Scheidenkeime und endogene Infektion. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, 604—612. 1913.

Bondy wendet sich in seiner Arbeit besonders gegen die von den Gegnern der Selbstinfektion Bumm und Sigwart vertretenen Anschauungen. Gegen die von diesen Autoren vorgebrachten Argumente wendet er zunächst ein, daß eine strikte Trennung der Keime des äußeren Genitales von den Scheidenkeimen unmöglich sei. Auf Grund seiner Versuche bestreitet er ferner, daß bei unberührten Schwangeren keine Fäulniskeime vorkommen. Ebensowenig erkennt er die Beweisführung Bumms und Sigwarts von der Apathogenität der Scheidenstreptokokken mit Rücksicht auf ihre mangelnde Tiervirulenz an. Die Frage der Selbstreinigung der Scheide sollte man am besten beiseite lassen. Denn mit dem Zeitpunkt, wo die endogene Infektion unter der Geburt nach dem Fruchtwasserabfluß für gewöhnlich anfange, höre die Kraft der Selbstreinigung der Scheide durch die veränderte Zusammensetzung des Scheidensekretes auf. Die Anerkennung der Selbstinfektion berge keinerlei Gefahr in sich. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Basset, Richard, Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 566—581. 1913.

Aus einem Material von 4141 Geburten wurden 500 Geburten, bei denen die Eihäute bei fünfmarkstück- bis handtellergroßem Muttermund gesprungen waren, bearbeitet. Bei der Durchsicht der Journale und Zusammenstellung der Geburten wurde so verfahren, daß nur die Fälle gewählt wurden, bei denen kurz vor oder nach der Untersuchung die Blase gesprungen

war oder bei denen gelegentlich der inneren Untersuchung die Eihäute unbeabsichtigt zerrissen worden waren. Die Ergebnisse waren folgende: Eine Abkürzung der Geburtsdauer war nicht zu erkennen. Die meisten Erstgebärenden entbanden nach 2—3 Stunden, die meisten Mehrgebärenden schon nach 1/4 Stunde. Die längste Geburtsdauer betrug bei Erstgebärenden 38 Stunden (Steißlage, starke Rigidität des äußeren Muttermundes). Bei 3 Mehrgebärenden wurde die Geburtsdauer je einmal mit 24 Stunden notiert. Hier war der Geburtsverlauf durch dauernde Wehenschwäche resp. Dauerkontraktionen kompliziert. Junge Erstgebärende und ältere Mehrgebärende disponierten besonders zu frühzeitigem Blasensprung. — Bei pathologischen Lagen (enges Becken) wird der frühzeitige Blasensprung häufig beobachtet. Nabelschnurvorfälle wurden in 1% der Fälle konstatiert, am häufigsten bei Querlagen (von 6 Querlagen fiel nur bei einer einzigen die Nabelschnur nicht vor) und abgewichenen Schädellagen. In 5 Fällen fielen die Extremitäten vor. Die Frequenz der operativen Maßnahmen war nicht hoch. Die Gesamtfrequenz betrug 5,2% (3,2% bei Erst-, 7,5% bei Mehrgebärenden). Die häufigste Indikation zum Eingreifen bildete der Nabelschnurvorfall. Cervixrisse waren sehr selten (1 mal). Unregelmäßige Wehentätigkeit, schleppender Geburtsverlauf, beginnende Dauerkontraktionen als Folge des frühzeitigen Blasensprungs wurde 8 mal bei Mehrgebärenden, 10 mal bei Erstgebärenden konstatiert. Postpartale Atonien traten relativ selten (in 4%) auf. Jedoch waren die Atonien einige Male recht schwer. Recht häufig war das Wochenbett fieberhaft (10%), und zwar öfter bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden (20,3% resp. 10,7%). Die Mortalität der Mutter betrug 0%, die der Kinder 1,6%.

Der günstigste Termin zur künstlichen Blasensprengung ist bei Erstgebärenden dann, wenn der Muttermund annähernd erweitert ist, bei Mehrgebärenden sobald er handtellergroß geworden ist. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Kunsch: Nabelschnurumschlingung. (Gynaekol. Ges. Berlin. Sitzg. v. 24. I. 1913.

Kunsch demonstriert eine Abortivfrucht mit Nabelschnurumschlingung um ein Bein. Er weist darauf hin, daß diese Art der Umschlingung selten sei und ähnliche Wirkungen haben könne wie die Simonartschen Bänder. *Zinsser* (Berlin).

Liepmann, W., Retentio placentae und Pituglandol. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 21, S. 764—765. 1913.

Kasuistischer Beitrag. Trotz zweimaligen Versuchs der Expression 2 Stunden 20 Minuten nach der Geburt kein Abgang der Placenta. Nach Injektion von 1 ccm Pituglandol spontaner Abgang.

Verf. erhofft im Hypophysenextrakt ein vorzügliches Mittel zur Einschränkung der manuellen Placentalösung. *Schiffmann* (Wien).

Banister, J. Bright, A case of extensive rupture of the utero-vaginal junction with escape of the placenta into the peritoneal cavity. (Ein Fall von ausgedehnter Zerreißung des Scheidengewölbes mit Austritt der Placenta in die Bauchhöhle.) Proceed. of the royal soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 237—240. 1913.

X-Para, alle früheren Geburten wurden operativ beendet, 4 mal mit anschließender manueller Placentarlösung. Jetzt wegen tiefen Querstandes Zangenentbindung. Weil nach zwei Stunden die Nachgeburt sich nicht spontan gelöst hatte, wurde der Versuch der manuellen Entfernung derselben gemacht. Dies bot große Schwierigkeiten und beim zweiten Eingehen mit der Hand wurde festgestellt, daß man in die Bauchhöhle kam. Einlieferung in die Klinik, Laparotomie. Bauchhöhle voll Blut, Placenta in der Nierengegend. In der Höhe des hinteren Scheidengewölbes erstreckt sich ein querer Riß beiderseits bis über die Lig. sacro-uterina bis tief in die Parametrien hinein. Das Peritoneum ist von der hinteren Uteruswand abgelöst. Es macht den Eindruck, als ob bei der Placentarlösung die hintere Muttermundslippe für die Placenta gehalten und künstlich vom Peritoneum abgelöst wurde, bis dieses zerriß. Hysterektomie; Drainage nach der Scheide zu und durch die Bauchdecken. Abgesehen von einer kleinen Bauchdeckeneiterung ungestörte Heilung. — Diskussion: Roberts und Andrews glauben, weil es sich doch eigentlich um eine Scheiden- und nicht um eine Uteruszerreißung gehandelt habe, hätte Drainage durch den Douglas genügt und der Uterus erhalten werden können. Blacker hat einen ähnlichen Fall gesehen, in dem aber der Riß im vorderen Scheidengewölbe saß. *Lamers* (Amsterdam).

Sievert, Carl, Lehren für die Desinfektion in der Geburtshilfe und für die Behandlung der Nachgeburtsblutungen an der Hand von 42 manuellen Placentarlösungen. (*Hebammenschule, Osnabrück.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 23, S. 1100—1102. 1913.

Verf. empfiehlt für die Geburtshilfe die Antisepsis; Kürzen der Schamhaare, Abseifen der äußeren Geschlechtsteile, Reinigung mit 1 proz. Kresolseifenlösung, Berieseln

mit einer sauren Lösung von $^{3}/_{10000}$ Hydrarybichlor mit Acid hydrochl. pur. 15—20,0, vaginale Spülungen nur bei verdächtigen Personen mit 50—100 gr einer Lösung von Aluminium acet. tartar. 100,0/1000,0 auf einen Liter Wassers. Nur bei stundenlangen Operationen sind Gummihandschuhe notwendig.

Von 42 Frauen, bei denen eine manuelle Placentarlösung notwendig war, starben zwei, die eine an Embolie nach Wendungsversuchen außerhalb am 6. Wochenbettstage, die zweite, hochfiebernd (39,1) eingebracht, an Sepsis. Absolut fieberloses Wochenbett wurde in 60%, der Fälle erzielt. Unter 5000 Geburten wurde keine Frau an Verblutung verloren (trotz Anwendung von Bossischem Dilatator). Es werden in Osnabrück alle Blutabgänge gemessen und nicht nur auf den Höhenstand der Gebärmutter, sondern auch auf die Breitenausdehnung derselben Gewicht gelegt. Gewissermaßen prophylaktisch, wenn auch nur 100 g Blut in die vorgestellte Schale stürzen, wird mit dem von Rissmann konstruierten Kompressorium (Gyn. Rundschau 1910, Nr. 13) die Aorta 10—15 Minuten lang zusammengedrückt. Dieses Instrument soll so unschuldig sein, daß es in die Taschen der Hebammen gehöre. *Krebs* (Breslau).

Credé-Hörder, Carl: Zur Therapie der atonischen Nachblutungen. (*Frauenklin. u. Poliklin. Credé-Hörder.*) Med. Ref. Jg. **21**, Nr. 11, S. 213—215. 1913.

Bei reiner Atonie hat ein sicher wirkendes Medikament eine das Leben rettende Bedeutung. Nun haftet aber gerade den am meisten verwendeten Mutterkornpräparaten sowie dem Ext. hydrast. canad. fluid. Unbeständigkeit und Unsicherheit der Wirkung an. Auf Grund klinischer und poliklinischer Erfahrung mit einem synthetischen Mittel, mit Hydrastinin, empfiehlt Credé-Hörder wärmstens dieses Mittel wegen dessen konstanter Zusammensetzung, Zuverlässigkeit der Wirkung, Fehlen jeder unangenehmen Nebenwirkung und der großen Billigkeit. Es sollte sogar den Hebammen dessen Anwendung erlaubt werden. Angewandt wird es zu Injektionen (0,016—0,02 Hydrastini hydrochloric. steril.) und zur Verabreichung von täglich 3 mal 20—30 Tropfen. *Torggler* (Klagenfurt).

Rohrbach, Walther, Statistik und Kritik über 158 Eklampsiefälle und deren Behandlung. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 613—630. 1913.

Die Arbeit umfaßt den Zeitraum vom 1. April 1900 bis zum 1. Dezember 1912 mit 11 005 Geburten, so daß sich das Verhältnis der Morbidität der Eklampsie auf 1 : 70 oder 1,43% stellt. Von den 158 Eklamptischen waren 126 Erstgebärende, 11 II parae, die übrigen III und Mehrgebärende. Das Maximum der Erkrankung fällt auf die Monate Juni und August (je 22 Fälle), das Minimum auf den Dezember (4) und Februar (7). Das Durchschnittsalter der I-parae ist 22,6 Jahre, der II-parae 23,3 Jahre, der Mehrgebärenden überhaupt 32 Jahre. 55 I-parae waren bis 20 Jahre, 46 bis 25 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Erstgebärenden ist also nicht so auffällig hoch, daß daraus eine Bevorzugung der alten Erstgebärenden abgeleitet werden könnte. — Zwillingsschwangerschaften kamen in 7 Fällen vor = 4,43%. Drei Fälle starben. Die Eklampsie brach aus: in der Schwangerschaft in 38 Fällen, während der Geburt in 84, im Wochenbett in 36 Fällen. — Mit Rücksicht auf die Einheitlichkeit der Therapie teilt Verf. die Berichtszeit in 2 ziemlich gleiche Abschnitte. 1. vom 1. 4. 1900 bis 1. 4. 1906 mit 71 Eklampsie und 30 Todesfällen = 42,25%. Gesamtmortalität. Unter den 57 Eklampsien ante und intra partum sind 49 operativ entbundene mit einer Mortalität von 23 = 46,93%. (Vagin. Kaiserschnitt 4 mal mit 3 Todesfällen, klassischer Kaiserschnitt 5 mal mit 4 Todesfällen, Zange 25 mal mit 10 Todesfällen, Wendung 2 mal mit 1 Todesfalle, Perforation 13 mal mit 5 Todesfällen. (Vorbereitend: Bossi 10 mal, Ballon 9 mal, Muttermundincisionen 9 mal). Lebensfähige Kinder 72, darunter 3 mal Zwillinge, mit einer Gesamtmortalität von 21 = 29,16%. (Operativ entbundene Schwangerschaftseklampsien: 50 Kinder mit 20 Todesfällen = 40%.) 2. 1906—1912: 87 Eklampsien mit 14 Todesfällen = 16,09%, davon ante und intra partum operativ entbunden 56 mit 10 Todesfällen = 17,85%. (Vaginaler Kaiserschnitt 22 mal mit 6 Todesfällen, extraperitonealer Kaiserschnitt 1 mal mit 0 Todesfall, Zange 26 mal mit 2 Todesfällen, Wendung 5 mal mit 1 Todesfall, Perforation 0 mal. Vorbereitend: Bossi 0 mal, Ballon 4 mal, Muttermundincisionen 15 mal.) Lebensfähige Kinder 82 (4 mal Zwillinge) mit 12 Todesfällen = 14,63%. (Operativ entbundene Schwangerschaftseklampsie mit 52 Kindern, 10 Todesfällen = 19,23%.) Seit der strikten Durchführung der Schnellentbindung ist die Mortalität der Mütter herabgesunken von 42,25% auf 16,09%, die Mortalität der Kinder von 29,16% auf 14,63%.

Verf. findet die Freundsche Auffassung bestätigt, daß die möglichst frühzeitige und rasche Uterusentleerung einen günstigen Einfluß nicht auf die Anfälle, wohl aber auf den Ausgang der Erkrankung habe. Die möglichst rasche Eliminierung der Frucht und der Placenta ist Prinzip, auch bei totem Foetus. Eine Behandlung nach

Stroganoff ist bisher noch nicht strikte durchgeführt, ebensowenig wie Mammaamputationen (Sellheim) oder Trepanationen und Uterusexstirpationen (Zangemeister) bei Wochenbettseklampsien. Von der Nierendekapsulation sah man in 2 von 3 Fällen guten Erfolg „als stärkstes Diuretikum". Die Hydrotherapie ist im Laufe der Jahre ganz aufgegeben. Reichlicher Gebrauch wird von Narkoticis (Chloral und Morphium) gemacht, die Chloroformnarkose ganz verworfen. Sauerstoffinhalationen können von Nutzen sein. Versuche mit Injektionen von normalem Schwangerschaftsserum gaben keine greifbaren Erfolge. Wechselnd waren die Erfolge mit Hirudininjektionen. — Oft und gern wird der Aderlaß ausgeführt. Verf. empfiehlt lieber gleich einen größeren von 400—500 ccm zu machen als mehrere kleinere. *Harm* (Dortmund).

Wilson, Prentiss, A contribution to the study of eclampsia as a toxemia of possible mammary origin. (Beitrag zur Deutung der Eklampsie als Toxämie vielleicht mammaren Ursprungs.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1111—1133. 1913.

Übersicht über den augenblicklichen Stand dieser Frage auf Grund einer kritischen Zusammenstellung der bisher erschienenen Arbeiten mit reichhaltigem Literaturverzeichnis, welches neben allen deutschen auch besonders die französischen und englischen Arbeiten über dieses Thema umfaßt. Zuerst wird eingehend und kritisch die Ätiologie, Symptomatologie, Pathologie und Therapie der mit der menschlichen Eklampsie ganz ähnlichen Erkrankung der Kühe beschrieben. In vielen Punkten auffallend übereinstimmend, zeigt doch letztere gegen die weibliche Eklampsie folgende wichtige Unterschiede: sie tritt vorwiegend bei zweitgebärenden, äußerst selten bei erstgebärenden Tieren auf, und dazu fast ausschließlich post partum. Die Frequenz ihres Auftretens steht in direktem Verhältnis zur Stärke der Milchsekretion der Tiere. Im Urin wird fast ausnahmslos Zucker nachgewiesen. Die Erkrankung wird geheilt durch Lufteinblasung in die Euter: während vordem 50—70% der erkrankten Tiere starben, beträgt seit Einführung dieser Therapie die Mortalität nur noch etwa 17%. Durch intraperitoneale Einspritzung beim Meerschweinchen ist die Giftigkeit des Colostrums der erkrankten Tiere nachgewiesen. Verf. regt zu weiteren Untersuchungen beim Menschen wie beim Tiere an, die sich besonders auf die Giftigkeit des Colostrums eklamptischer Frauen und die therapeutische Bedeutung der Lufteinblasung in die Brüste derselben richten sollen. *Lamers* (Amsterdam).

Schwab, M., Zur Behandlung Eklamptischer. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 23, S. 851—852. 1913.

Schwab empfiehlt — im Sinne Brauers — bei Eklampsie mit schweren Atmungskomplikationen die Ausführung einer Tracheotomie mit anschließender Sauerstoffspülung der groben Bronchien durch einen bis zur Bifurkation eingeführten Gummikatheter. *Frommer* (Wien).

Tourneau: Die Behandlung der Eklampsie. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 25, S. 673—679. 1913.

Einleitend weist der Verf. darauf hin, daß für die Behandlung der Eklampsie die chirurgische Ära, deren Höhepunkt in der Schnellentbindung durch größere chirurgische Eingriffe bestand, als überwunden zu betrachten sei und einer abwartenden Behandlung unter Anwendung von narkotischen Mitteln Platz gemacht habe. Das Verfahren Stroganoffs findet wegen seiner guten Erfolge immer mehr Anerkennung, doch glaubt Tourneau, daß man, um noch sicherer zu gehen, dieser Methode noch den Aderlaß hinzufügen müsse. T. teilt einige schwere Eklampsiefälle mit, die in auffälliger Weise durch Aderlaß geheilt wurden. T. macht bei allen Eklamptischen einen primären Aderlaß von 500 ccm, auch bei frisch entbundenen, ohne erst weitere Anfälle abzuwarten. Dann wird nach Stroganoffs Schema Morphium und Chloral verabreicht, zur Narkose aber, wegen der Gefahr der Herzschädigung, Äther anstatt Chloroform verwandt. T. hat mit dieser Methode vorzügliche Resultate erhalten. Auch außerhalb der Entbindungsanstalten kann man mit dieser Methode besser zum Ziele kommen, als wenn

man sich auf die Schnellentbindung einer Eklamptischen beschränkt oder die Kranke einem langen, anstrengenden Transport zum Krankenhaus unterwirft, wodurch die beste Zeit für die von T. empfohlene Behandlung verloren geht. *Bayer* (Köln).

Fabre, Traitement de l'éclampsie puerpérale. (Die Behandlung der puerperalen Eklampsie.) (*Hosp. de la charité, Lyon.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24,** Nr. 2, S. 17—20. 1913.

Die Behandlung hat nach folgenden Gesichtspunkten zu geschehen:

I. Prophylaktische Behandlung. Die gravide sollte mehr als früher den Arzt konsultieren. Da das Volk im allgemeinen die Schwangerschaft als etwas pathologisches ansieht, so entstehen hieraus eine Reihe von merkwürdigen Vorgängen. Um dieser Krankheit widerstehen zu können, entstehen eine Reihe von Irrtümern. Die Schwangere ißt für zwei, alkoholische Getränke werden genossen zum Zwecke des Appetiterregens. Diese übermäßige und unzweckmäßige Nahrungsaufnahme bedingt Störungen des Magens und der Därme. Es ist notwendig, die Ernährung auf hygienische Basis zu stellen. Eine leichte Ernährung aus Milch und Vegetabilien bestehend ist zuträglich. Die Regulierung des Stuhles, auch mit Abführmitteln, ist anzuempfehlen. Stark alkoholische Getränke sind zu meiden. II. Behandlung der Prodomalsymptome. Kopfschmerzen, Sehstörungen sind als ernst aufzufassen. Auch Ödeme ohne Albuminurie mahnen zur Vorsicht. Bettruhe, leichte Diät führen zum Ziel. Am unangenehmsten ist Albuminurie ohne Ödeme; sie wird nur diagnostiziert, wenn man prinzipiell den Urin jeder Schwangeren untersucht. Vom Moment der Albuminurie soll Chloralhydrat verabreicht werden in Form von 2 bis 3 g auf 24 Stunden. Wenn Kopfschmerzen oder Sehstörungen dazu kommen, ist die Verabreichung von Chloralhydrat in höheren Dosen und absolute Bettruhe indiziert. III. Behandlung des Anfalls. Magen und Darm müssen entleert werden, um die Toxine wegzuschaffen. Das erreicht man durch Klysmen und Magenspülungen. Eine zweite Indikation besteht in der Zerstörung der Giftigkeit der Toxine, die im Magen und Darm sich befinden; das erreicht man durch Chloralhydrat. Es wirkt nicht nur als Beruhigungsmittel, sondern als entgiftender Stoff. Dazu müssen wir es von oben geben mit Hilfe einer Nelaton-Sonde in Lösungen von 2 g auf 300 ccm Wasser. Zur Herabsetzung der Erregbarkeit des zentralen Nervensystems benutzt man das Chloroform oder das Morphium. Wenn der Blutdruck erhöht ist, so ist die Venaesektion indiziert. Es sollen ungefähr 500 ccm Blut entleert werden. Bei hohen Temperatursteigerungen ist das kühle Bad zu empfehlen. Wenn nach 24 Stunden die Anurie nicht aufhört, so ist die doppelseitige Nierendekapsulation am Platz. Alle forcierten Entbindungsverfahren sind zu verwerfen. Die Resultate sind nicht gut. Auf 26 konservativ behandelte Fälle hatte der Verf. 7% mütterliche und 21% fötale Sterblichkeit. *Guggisberg* (Bern).

Baumm: Ballonbehandlung mit tierischen Blasen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 25, S. 1201—1204. 1913.

Auf Grund seiner günstigen Erfahrungen an über 200 Fällen der Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittelst selbstverfertigter und sterilisierter Hammelblasen sowie Schweins- und Kalbsblasen, deren Technik eingehend geschildert wird, empfiehlt Verf. aufs neue die Verwendung dieser jetzt auch fabrikmäßig von Braun hergestellten Blasen überall da, wo bisher die Gummikolpeurynter zur Verwendung kommen. Einen großen Vorteil gegenüber den rein mechanisch wirkenden Kolpeuryntern, erblickt Verf. bei seiner absolut ungefährlichen Methode der Füllung dieser Blasen mit Glycerin in der exquisit Wehen erregenden Wirkung des durch die Blasenwand diffundierenden Glycerins, wobei zugleich die mechanische Wirkung noch verstärkt in die Erscheinung tritt, da durch Osmose an Stelle des diffundierten Glycerins oft die 2—3fache Menge Wassers in die Blase übertritt. Die Herstellung der Blasen sowie der zur Einführung wünschenswerten Führungsstäbchen und Metallröhrchen hat die Firma Braun in Melsungen übernommen. *Vassmer* (Hannover).

Wochenbett:

Hannes, Walther, Die Bedeutung der Gonorrhöe für die Wochenbettsdiätetik. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 528—537. 1913.

Nach Küstners Wochenbettsdiätetik sollen zur Rückbildung der Genitalien, für Lageerhaltung des Uterus, zur Vermeidung von Thrombosen die Wöchnerinnen zwischen dem 4. und 6. Wochenbettstage aufstehen. Bei gonorrhoischen Wöchnerinnen muß man aber von diesem frühen Termin Abstand nehmen, da man gerade zwischen dem 5. und 10. Wochenbettstage durch beträchtliche Temperatursteigerungen ein Aufsteigen der Go-

nokokken in Uterus und Tuben beobachten kann. Gegen diese Ascendenz ist die absolute Bettruhe während mindestens zwei Wochen das beste Prophylaktikum. *Bayer.*

Ahlfeld, F., Quellen und Wege der puerperalen Selbstinfektion. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 1, S. 1—76. 1913.

Ahlfeld rechnet alle die Fälle zur Selbstinfektion, in denen Infektionskeime aus Vagina, Vulva und äußeren Geschlechtsteilen der Gebärenden in den Uterus gelangen, ohne daß der untersuchende Finger, das gebrauchte Instrument, das Verbandsmaterial beschuldigt werden können. Nach dieser Definition zitiert er 90 Fälle, beleuchtet sie epikritisch, um seine Ansicht zu verteidigen und polemisiert gegen die „Gegner", die diese Fälle nicht als Spontaninfektion anerkennen. Dann führt er weitere spontane Infektionsmöglichkeiten an: Außer allem Zweifel steht die Entwicklung septischer Endometritis bei Zurückbleiben von Placenta oder Placentarresten nach Spontangeburt oder Abort. Bei Lochiometra oder bei Auseinanderreißen verklebter Wunden mit konsekutiver Überrieselung von virulentem Lochialsekret kann Spontaninfektion erfolgen. Bei voraufgegangener Gonorrhöe kommt es weniger durch Gonokokken zur Selbstinfektion als durch Streptokokken usw., die sich im Verlauf einer Gonorrhöe anzusiedeln pflegen. Bei Geburten, in denen ein tagelanger Zwischenraum zwischen Blasensprung und Geburt besteht, ist Spontaninfektion beobachtet worden; freilich mußte wegen der langen Geburtsdauer einige Male untersucht werden. Epidemische Wochenbetterkrankungen im Anschluß an Angina, Diphtherie, Scarlatina usw. könnte man als Metastasen auffassen, die sich am locus minoris resistentiae, id est die wunde Gebärmutterschleimhaut, entwickeln; jedoch erscheint der Weg von außen per vaginam ebenso wahrscheinlich. Allerdings ist es dann auffällig, daß nicht schon früher im Anschluß an akute Infektionskrankheiten gehäufte Puerperalfieber gemeldet worden sind; doch ist vielleicht die Mitteilung Kehrers, daß in den Frühjahrsmonaten mehr Fälle von Wochenbettsfieber auftauchen, auf Frühlingsanginen usw. zu beziehen. Ferner können, ausgehend von alten parauterinen Eiterungen, von Ovarialabscessen, Pyosalpingitiden (durch Druck auf dieselben beim Credé z. B.), nach überstandenen Wurmfortsatzentzündungen — was Verf. nicht zur Spontaninfektion rechnet — durch das Geburtstrauma ausgelöst, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis entstehen. Die alte Lehre von der Keimfreiheit der Vagina besteht nicht mehr zu Recht, fast bei jeder gesunden Frau werden darin Streptokokken gefunden sowie andersartige pathogene Keime. Es ist zur Zeit unmöglich, auf bakterieller Grundlage eine Sammelbezeichnung für alle Entstehungsweisen des Kindbettfiebers zu geben, die das Wort Selbstinfektion zusammenfaßt, man muß sie vom Gesichtspunkt der Praxis und von solcher der Wissenschaft besonders der Bakteriologie betrachten. Ferner ist es nicht möglich, eine feststehende Grenze zwischen endogener und ektogener, zwischen verschuldeter und unverschuldeter, zwischen Spontan- und Importinfektion zu konstruieren. Seit in den Gebäranstalten viele Gebärende nicht mehr untersucht werden, sind die Puerperalfieber nicht geschwunden, ebensowenig in der Marburger Klinik, trotzdem auch für die Gebärenden die Heißwasser-Alkohol-Desinfektion der Hände nebst peinlicher Säuberung der Genitalien eingeführt worden ist. Wahrscheinlich ist die Mehrzahl der unaufgeklärten Fälle puerperaler Infektion genitalen Ursprungs auf die Weise zu erklären, daß entweder mit der eigenen Hand oder durch Leib- und Bettwäsche oder bei der Reinigung nach der Defäkation virulente oder virulent werdende Bakterien an oder in die Genitalien der Gebärenden oder frisch Entbundenen gebracht worden sind. Gegen Bumms Befürchtungen, daß durch die Lehre von der Selbstinfektion ein verhängnisvoller Fatalismus groß gezogen würde, der zur Nachlässigkeit verleiten könnte, behauptet Verf., daß mit Anerkennung der Lehre von der Selbstinfektion weit größere Anforderungen an die Aufmerksamkeit der Ärzte und des geburtshilflichen Personals gestellt würden als früher, da sie nicht nur die eigene Händedesinfektion und Reinigung der Frau exakt ausführen, sondern auch alle Umstände erwägen und zu beseitigen versuchen müssen, die zu einer Selbstinfektion führen können. *Ehrenberg* (Berlin).

Funck-Brentano et Roulland, Deux cas de septicémie grave guéris par le sérum antistreptococcique associés à l'abcès de fixation. (Zwei Fälle von schwerer Septikämie, geheilt durch Antistreptokokkenserum in Verbindung mit lokalisierenden Abscessen.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 4, S. 193 bis bis 200. 1913.

Die Verff. teilen 2 Fälle von schwerem Puerperalfieber mit, in denen die Injektion des Antistreptokokkenserum von Roux in Verbindung mit lokalisierenden Abscessen zur völligen Heilung führte. Das Auffallende ist, daß bei beiden Frauen erst, nachdem nach einer mehrtägigen Pause das Serum zum zweiten Male eingespritzt wurde, ein deutlicher Fieberabfall und eine fortschreitende Besserung zu beobachten war, und daß auch erst nach der zweiten Injektion von Terpentinessenz eine Reaktion eintrat und der „Fixationsabsceß" sich bildete, aus dem dann reichlicher Eiter sich entleerte. Die Verff. empfehlen ihr Verfahren der Nachahmung.

Bayer (Köln).

Lindemann, Walther, Zum Infektionsbild bei Abortus criminalis (Staphylococcus pyog. aur. haemol., albus, Streptococcus anhaemolyticus u. Bacillus aerogenes capsulatus) dessen Genese und Therapie. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. **1**, H. 3, S. 447—471. 1913.

Lindemann schätzt die Zahl der kriminellen Fehlgeburten in Halle auf 90% der gesamten Aborte und glaubt, daß der immer mehr zunehmende Rückgang der Geburtenziffer hauptsächlich durch Abtreibung bedingt sei. Zumeist werden Ladys friend, Ballonspritzen, ferner sog. Mutterspritzen mit langen spitzen Ansätzen und Intrauterinpessare benutzt. Verf. berichtet sodann über einige Infektionen, die in der Hauptsache dem Gebiete des kriminellen Aborts entstammen und bei denen der Staphyloc. pyogenes aureus haemol., Staphyloc. albus, Streptococcus anhaemolyticus und der Fränkelsche Gasbacillus teils allein, teils mit anderen Keimen vermischt im Blut nachgewiesen werden konnten.

Bei einem 19jährigen Mädchen, das 4 Tage nach Ausstoßung der Frucht infolge Abtreibung gestorben war, ergab die Leichenöffnung Phlebitis septica der Venae uterinae, Colpitis diphtherica, Endocarditis ulcerosa, Meningitis convexitatis dextra. Aus dem Blut und den Eiterherden ließ sich der Staphylococcus pyogenes aureus haemolyticus in Reinkultur züchten. Bei einer 26 Jahre alten Frau, die wegen einer Paramatretis nach Abort 6 Monate konservativ behandelt wurde, fand Verf. 4 mal den sonst ziemlich seltenen Staphylococcus albus im Blut der lebenden Patientin. Bei einer 31jährigen Frau, die 3 Wochen nach Abort gestorben war, ergab die Sektion beiderseitige Bronchopneumonie, Lungenabscesse und Sepsis. Während der Krankheit ließ sich aus dem Blut 2 mal der Streptococcus pyogenes anhaemolyticus züchten, ebenso aus dem Herzblut der Leiche. Bei einer 38 Jahre alten Zimmermannsfrau, im 2. Monat der 12. Schwangerschaft, die am Tage vor der Einlieferung einen plötzlichen Ohnmachtsanfall hatte, und die 4 Stunden nach der Einlieferung unter immer stärker werdender Somnolenz, röchelnder Atmung, Cyanose und Lähmungserscheinungen ohne Fiebersteigerung gestorben war, fand sich bei der Sektion in den Blutgefäßen des Gehirns unter Druck stehendes, übelriechendes Gas. Das rechte Herz und der Uterus waren ballonartig aufgetrieben, im übrigen Schaumorgane. Im Blut der Leiche nur der Bac. aerogenes capsulatus, der also allein schwerste puerperale Infektion bedingen kann. Bei einer 22 Jahre alten 2 Para, die in kauernder Stellung selbst an sich Abtreibungsversuche gemacht hatte und nach vorhergehender Hysterotomia anterior und Uterusexstirpation gestorben war, fanden sich im Körper fakultativ anaerober Streptococcus anhaemolyticus, Bacterium coli anhaemolyticum und ein Gasbacillus, wahrscheinlich der Fränkelsche. Bei einer Abortierenden, deren Blut vor der Ausräumung steril war, fanden sich nach derselben Fränkelsche Gasbacillen im Blut, die aber keinerlei Symptome gemacht hatten, speziell kein Fieber. Bei einer Wöchnerin waren am dritten Wochenbetttage Fränkelsche Gasbacillen und vereinzelte Colibacillen im Blut.

Verf. schließt aus seinen Befunden, daß der Fränkelsche Kapselbacillus sowohl bei der schwersten wie bei der leichtesten Wochenbettserkrankung im Blute vorkommen kann und daher mehr Beachtung verdient, wie bisher. Zur Züchtung empfiehlt Verf. sein Zylinderplattenverfahren. Zur Verhütung der Infektion, soweit sie durch die Venen stattfindet, rät Verf. frühzeitige Ausräumung des Uterus und ev. eine Uterusexstirpation mit hoher Venenunterbindung an. *Bürger* (Berlin).

Stone, I. S.: Puerperal infection which was relieved by one injection of a stock streptococcic vaccine. (Wochenbettfieber behoben durch Injektion von Streptokokkenvorratvaccine.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gy-

necol. soc., meet. 13. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6. S. 1212 bis 1213. 1913.

36jährige III. para. 8. X. 1912 nach 1 maliger innerer Untersuchung entbunden. Temperaturanstieg am 2. Tage, am 4. Tage 38,8°, am 6. Tage 39,8°. Trockene Pleuritis links. Keine Abdominalerscheinungen. Im Uterus durch Kultur Streptococcus und Staphylococcus aureus nachgewiesen. 15. X. 12 Injektion von 50 ccm Vorrat-Streptokokkenserum, von Kopfschmerz und Überbefinden gefolgt. Vom nächsten Tage an Temperaturabfall und Heilung. *Mohr.*

Horne, G., Posterior colpotomy. (Hintere Kolpotomie.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 96, S. 1037—1038. 1913.

Autor erläutert den Wert dieses Eingriffes an 3 Beispielen:

1. Wöchnerin mit Fiebertemperatur und septischen Erscheinungen seit dem 3. Tage nach Entbindung. Uterusspülungen, wiederholte Curettage und manuelle Austastung ohne Erfolg. Auf Kolpotomie fließt etwas Eiter aus der die Scheide vorwölbenden Masse. Mit dem Finger werden 2 Absceßhöhlen — die ausgedehnten Tuben — eröffnet. Reichlicher Eiterabfluß. Gummiröhre mit Jodoformgazedocht als Drain. Heilung. Fluktuation war an der Vorwölbung nicht zu fühlen. — 2. Patientin mit Erscheinungen septischer Peritonitis 1 Woche nach kriminellem Abort. Keine Vorwölbung in der Scheide. Kolpotomie in Narkose. Abfluß blutigen Serums. Drain in Kolpotomiewunde. Magenspülung. Dauernde Erhöhung des oberes Bettendes (Fowlersche Lage zwecks Abfließen des Peritonealsekretes in die widerstandsfähigere untere Abdominalgegend). Dauernde Kochsalzinstillation in das Rectum. Heilung. — 3. Patientin, 2 Monate nach Heirat gonorrhoisch infiziert. Entzündung der Skeneschen und Bartholinischen Ausführungsgänge. Schwellung beider Tuben. Lösung beider Tuben durch hintere Kolpotomie aus ihren leichten Verwachsungen, Auswischen der Eiter aussendenden Ostia, tägliche Umhüllung der Tuben mit Jodoformgaze für 5 Tage, dann Drain in die Wunde, die sich nach 14 Tagen schließt. — Nach 2 Jahren Geburt eines gesunden Kindes.

Der Eingriff hat teils direkt lebensrettend gewirkt, teils die Funktion der Tuben erhalten.

Technik: Durch breites Spekulum und Anhaken der hinteren Muttermundlippe wird die hintere Scheidenwand gespannt. Transversalschnitt leicht halbmondförmig, 3—4 cm vom Ostium des Uterus. Nur die Schleimhaut wird eingeschnitten, das sich vorwölbende Peritoneum stumpf eröffnet und durch Spreizen einer Kornzange oder der Finger die Wunde erweitert. Ist keine Hervorwölbung vorhanden, so wird erst das Peritoneum vom Uterus mit Gaze abgeschoben. *Mohr* (Berlin).

Chantemesse, Pierre-Kahn et Mercier, Un cas de surdité totale bilatérale d'origine centrale avec troubles aphasiques chez une accouchée albuminurique avec amélioration sous forme de surdité verbale. (Ein Fall von totaler zweiseitiger Taubheit von zentralem Ursprung mit aphasischen Störungen bei einer albuminuristischen Wöchnerin mit Verbesserung in die Form der Worttaubheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 29, Nr. 15, S. 893—901. 1913.

Eine 24jährige Frau, die nicht luetisch erscheint (Wassermann negativ), bekommt in dem 7. Monate der Schwangerschaft eine linke Hemiplegie. Kein Eiweiß im Harn in dieser Zeit. Rasche Heilung. Sofort nach der normalen Geburt eines macerierten reifen Kindes zeigt Patientin Wahnvorstellungen, motorische Aphasie und eine totale zweiseitige Taubheit. In dieser Zeit 4 g Eiweiß im Harn. Nach 4 Monaten partielle Heilung. Es bleibt nur eine ziemlich starke Worttaubheit zurück. Ein ähnlicher Fall wurde von Charpentier und Halberstadt beobachtet und die Sektion vorgenommen. Es wurden im Gehirn zahlreiche Herde von alten Hämorrhagien gefunden. Wahrscheinlich haben beide Fälle gleiche Ätiologie. *R. Chapuis.*

Rudaux: Traitement des coliques hépatiques puerpérales. (Behandlung der puerperalen Gallensteinkoliken.) Médecin pratic. Jg. 9, Nr. 6, S. 91. 1913.

Prophylaktisch muß jede Schwangere mit Leberstörungen Milchgemüsediät befolgen. Regelmäßige Stühle. Gelegentlich Kalomel. Beim Anfall warmes Bad oder Eisblase auf die Lebergegend oder Morphium subcutan. Antipyrin oder Chloral genügen manchmal. Behandlung zu Hause mit Vichy, Vals oder Royatwasser. Wenn die Anfälle häufig sind, nicht stillen. *R. Chapuis* (Genf).

Foetus und Neugeborenes:

Dervieux, Über die Lebensfähigkeit der Neugeborenen. Allg. Wien. med. Zeitg. Jg. 58, Nr. 23, S. 257. 1913.

Bericht über den Fall Tissier: Geburt des Kindes 4. I. 1912. Empfängnis hatte statt-

gefunden zwischen 10. und 12. Juli. Nach Gewicht, Länge, Aussehen war das Kind vor sechs Monaten geboren worden und lebte trotzdem nach der Geburt länger wie 2 Monate. Ähnliche Beobachtungen liegen von Leclercq vor: Gewicht des frühgeborenen Kindes 670 g, Längenmaß 25 cm, lebte 24 Stunden in der Couveuse. *Grünbaum* (Nürnberg).

● **Canestrini, Silvio: Über das Sinnesleben des Neugeborenen (nach physiologischen Experimenten).** Monograph. a. d. Ges.-Geb. d. Neurol. u. Psychiatr. H. 5. Berlin: Springer. 1913. 104 S. M. 6,—.

In der vorliegenden Monographie wird über sehr interessante Versuche über psychophysiologische Veränderungen des Säuglingshirns auf experimentelle Reize berichtet. Zum Studium dieser Veränderungen wurden von der großen Fontanelle aus die Hirnpulse, die respiratorischen Schwankungen und die damit verbundenen aktiven Bewegungen des Säuglings bei allen möglichen Reizen graphisch zur Darstellung gebracht. Als Versuchsobjekte kamen Säuglinge vom 1.—14. Lebenstage zur Verwendung. Die Befunde der eigenen Untersuchungen lassen sich dahin zusammenfassen, daß der Geschmackssinn am besten reagierte und dementsprechend am weitesten entwickelt ist. Gut ist auch der Gehörapparat ausgebildet. Der Gesichtssinn ergab nur bei Beleuchtung des Säuglingsgesichtes eine Reaktion sowohl im schlafenden wie im wachen Zustande. Der Tastsinn zeigt eine auffallend geringe Reaktion auf Schmerzreize. Der Geruchsinn zeigte die geringste Ausbildung. Die Mehrzahl der angestellten olfaktorischen Versuche ergab weder eine Änderung im Verlaufe der Atmung noch der Hirnkurve. Die Tatsache, daß beim Wiederholen desselben Reizes die Amplitude der Reaktionserscheinung sich wesentlich modifizierte, kann vielleicht als ein Zeichen einer primitiven Merkfähigkeit aufgefaßt werden. Der Arbeit sind eine große Anzahl graphischer Darstellungen beigegeben. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Leo-Wolf, C. G.: Care of the new-born. (Pflege des Neugeborenen.) (Transact. of the med. soc. of the State of New York. Sect. on pediatr.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1266—1269. 1913.

Gleich nach der Geburt soll ein Kinderarzt die Nahrung des Neugeborenen kontrollieren. Am 1. Tage keine Mahlzeit, am 2. Tage 1—2, am 3. Tage 3 Mahlzeiten, am 4. vier und vom 5. Tage an 5 Mahlzeiten mit Pausen von je 4 Stunden. *Landau.*

● **Robert, Friedrich, Die Milch, der Würgengel unserer Kinder.** Berlin-Schöneberg: Leichter 1912. 72 S. M. 1,—.

Zur Besprechung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift nicht geeignet. *Ehrenberg.*

Hübner, A.: Zur Ätiologie des Riesenwuchses mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. (*Charité, Berlin.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, Erg.-H., S. 186—216. 1913.

Auf 17 238 Neugeborene registriert Hübner 893 Kinder mit einem Geburtsgewicht von 4000 g und mehr; 376 Mütter solcher Kinder zeigten eine durchschnittliche Körperlänge von $160^1/_2$ cm. Autor kommt auf Grund seines Materiales zum Schluß: „Je größer die Mutter, um so größer die Frucht.“ Er faßt überhaupt auf Grund seiner Beobachtungen den foetalen Riesenwuchs als eine vererbbare Anomalie der Körperentwicklung auf. Auffallend und wichtig ist es, daß sich bei diesen übermäßig großen Kindern die Anzahl der Mädchengeburten zu den Knabengeburten verhält wie 100 : 190, daß also fast doppelt so viele Knaben geboren werden. Die Durchschnittstragezeit beträgt für die von H. gesammelten Fälle bei Zugrundelegung der üblichen Schwangerschaftszeitrechnung 290,9 Tage. Nach Autor kommt das Gesetz in seiner jetzigen Fassung den Ansprüchen auf Ehelichkeit und Vaterschaft am nächsten und bedarf es darum keiner Abänderung. *Hannes* (Breslau).

Rousseau-Saint-Philippe: Le diagnostic du „cri“ chez l'enfant. (Die Deutung des „Schreies“ beim Kinde.) Médecin pratic. Jg. 9, Nr. 5, S. 71—72. 1913.

Zunächst Aufzählung der äußeren Momente (Insektenstiche, Naßliegen usw.), welche ein Schreien des Kindes veranlassen und Versuch aus der Art des Schreiens auch die inneren nicht sinnfälligen Momente zu erkennen. Abgesehen von den seltenen „Schreiern“ s. s., d. h. Kindern in neuropathischen und Trinkerfamilien, die ohne

wirklichen Grund schreien, soll neben Hunger, Krankheit und Schmerzen (besonders Darmkoliken), die hereditäre Lues Ursache fortwährenden jammernden Schreiens sein, welches erst durch die spezifische Behandlung zum Schweigen gebracht werden kann. *Vassmer* (Hannover).

Kehrer, E., Über Tetanie Neugeborener. (*Univ.-Frauenklin. Bern, u. kgl. Frauenklin., Dresden.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **27,** H. 6, S. 629—634. 1913.

Verf. berichtet über sechs Fälle von Tetanie bei Neugeborenen. In keinem Falle konnte an der Diagnose gezweifelt werden, da fast alle typischen Erscheinungen vorhanden waren, klonische Krämpfe prävalierten in drei Fällen, in drei Fällen beherrschten tonische, lange Zeit persistierende Contracturen das Krankheitsbild. In allen Fällen waren die Contracturen an den oberen Extremitäten stärker ausgesprochen als an den unteren. Die Spasmen der krampfhaft flektierten Beine waren kaum zu lösen. Das Chvostek sche Facialisphänomen und zuweilen auch das Trousseau sche Armphänomen waren als Ausdruck der gesteigerten mechanischen Erregbarkeit der Nerven vorhanden. Allen Fällen war im Gegensatz zu den geläufigen Anschauungen eine offenbare Trübung des Bewußtseins gemeinsam. Bemerkenswert war in einem Falle die Kombination von Tetanie und Nephritis, in zwei Fällen das gleichzeitige Auftreten von Tetanie und Sklerödem und in einem Falle das Vorhandensein von Tetanie mit ziemlich schwerem Ikterus. Diese Kombinationen sind als Ausdruck einer schweren Schädigung des Organismus aufzufassen. Als besondere Seltenheit verdient das gleichzeitige Auftreten von Tetanie bei Neugeborenen und eines ausgesprochenen tetanischen Zustandes bei der Mutter registriert zu werden. An den außerordentlich guten Erfolg der Kalktherapie kann auch nach den Erfahrungen des Verf. nicht gezweifelt werden. Der Erfolg tritt bei genügend hoher Dosis (für den Säugling mindestens 5 bis 8 mal, 0,2 Calcium chloratum pro die) in wenigen Tagen ein. Der Kalk kann, wie es in zwei Fällen geschehen, auch rectal oder subcutan gegeben werden. Im letzteren Falle aber empfiehlt sich zur Vermeidung von Absceßbildungen eine Verteilung auf große Körperregionen oder vielleicht die neuerdings angegebene Calciumgelatine nach Müller-Saxl. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Voigts: Kephalhaematom. (Gynaekol. Ges. Berlin. Sitzg. v. 25. IV. 1913.)

Kopfgeschwulst mit ungewöhnlichem Sitz am Hinterhaupt, entstanden nach Geburt in Beckenendlage. Spontandurchbruch, Heilung. *Zinsser* (Berlin).

Küster, Hermann, Intrauterine Amputation des Oberschenkels mit Verschluß von Harnröhre und Mastdarm. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 554—565. 1913.

Verf. beschreibt einen Foetus, welcher von gesunder Primipara am Ende der Schwangerschaft spontan geboren wurde und wenige Stunden nach der Geburt starb (farbige Tafel und Abbildung): Es fehlte die ganze linke untere Extremität, an ihrer Stelle fand sich eine hochrote, unregelmäßig begrenzte Granulationsfläche; es fehlte die linke Hälfte des äußeren Genitale, die Harnröhrenmündung und der After. Der Leib war enorm aufgetrieben. Über die Granulationsfläche zog medial ein wurstförmiger, praller Wulst in der Längsachse des Körpers, das verschlossene und erweiterte Mastdarmrohr. Nach außen von diesem Wulste bedeckte die Granulationsfläche die Muskulatur des Beckens und des Unterbauches. Die Sektion ergab eine prallgefüllte, bis zum hochstehenden Leberrand reichende Harnblase, die Harnröhre war 1 cm lang, nicht erweitert und endete blind unter der Haut. Das Rectum und die Flexura sigmoidea waren enorm mit Gas und Meconium gefüllt. An der Grenze zwischen beiden drohende Ruptur; sonst normale Organe, auch die inneren weiblichen Genitalorgane waren vollständig.

Nach Würdigung der verschiedenen Umstände und möglichen Ursachen nimmt Verf. als wahrscheinliche Ursache der Amputation einen amniotischen Strang an, welcher zwischen den Beinen in die Genitalfurche zu liegen kam, als Zeitpunkt der Amputation die Zeit zwischen Ende des 3. und Ende des 5. oder 6. Monats. Die Placenta war von der Hebamme oberflächlich besichtigt und beseitigt worden, das fehlende Glied kann in den Blutgerinnseln verloren gegangen sein (die Geburt fand außerhalb der Klinik statt). Die mangelnde Epidermisierung der Granulationsfläche ist auf eine Verklebung der Wunde mit dem Amnion zurückzuführen, die bei der Geburt sich löste, wofür mikroskopisch Anhaltspunkte vorhanden sind. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Mayerhofer, Ernst, und E. Rach, Ein Fall von Pylorospasmus im Säuglingsalter. (*Univ.-Kinderklin., Wien.*) (Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sekt., Sitz. 29. V. 1913.) Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien Jg. **12**, Nr. 8, S. 113—115. 1913.

2½ Monate alter, männlicher Säugling. Geburtsgewicht betrug 4050 g. In 2. Lebenswoche Beginn von Erbrechen und Obstipatien. Aufnahme in Univ.-Kinderklinik 3 Wochen post part. mit 3600 g Gewicht. Beobachtung schmerzhafter Magenperistaltik; anfänglich tastbarer Pylorustumor; freie Salzsäure nicht vermehrt; Obstipation; Untertemperaturen. Radiologische Untersuchung in rechter Seitenlage nach Probemahlzeit von 25 g Frauenmilch mit 10 g Baryumsulfuricum. Aufnahme 20 Min. nach Mahlzeit ergibt tiefe Peristaltik, verzögerte Entleerung ins Duodenum. Therapeutisch wesentliche Besserung nach täglichen Magenspülungen mit lauem Hochquellwasser. Heilung soll mit Pylorussondierung nach Heß versucht werden. *Stähler* (Siegen).

Neurologie und Psychiatrie:

Göring, M. H.: Sexualdelikte Geisteskranker. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Ref. u. Erg. Bd. **7**, H. 6, S. 649—673. 1913.

Übersicht.

Gerichtliche Medizin:

Dyrenfurth, Felix, Zum Nachweis des Menstrualblutes durch die Glykogenjodreaktion. (*Unterrichtsanst. f. Staatsarzneik., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 12, S. 452—455. 1913.

Verf. gibt zum Nachweis des Menstrualblutes folgende Technik an: Kleinste Teile des in Frage kommenden beschmutzten Stoffes werden in einem Tröpfchen einer gesättigten Lösung von Natrium bicarbonicum möglichst rasch zerzupft, um die Lösung des Glykogens zu verhindern. Dann wird ein Tropfen gewöhnlicher Lugolscher Lösung hinzugefügt. Unter dem Mikroskop zeigt sich dann, daß die störenden Blutkörperchen völlig verschwunden sind. Während früher die braun gefärbten Epithelien der Scheide gar nicht oder nur undeutlich zu erkennen waren, macht es jetzt keine Schwierigkeit, sie mit schwacher Vergrößerung aufzufinden. Die Zuverlässigkeit der Methode wurde an einer Reihe blutbeschmutzter Stoffe erprobt, die nicht mit den Genitalien in Berührung gekommen waren. Soweit sich Zellbestandteile nachweisen ließen, fehlte die Braunfärbung der scholligen Glykogenmassen. Von Leichenteilen gaben nur Proben, die von der Leberschnittfläche abgestreift waren, Beimengungen von Zellen, die die Glykogenreaktion aufwiesen. Die Herstellung von Dauerpräparaten gelingt nicht. *Benthin.*

Soziales. Statistik:

● **Straßmann, Paul, Gesundheitspflege des Weibes.** Wissensch. u. Bildung Bd. **111**, Leipzig: Quelle & Meyer 1913. VIII, 175 S. M. 1.25.

„Vorbeugen ist die beste Aufgabe der Gesundheitspflege.“ Nach diesem Grundsatze ist das Büchlein verfaßt und den Frauen in die Hand gegeben. Kapitel 1 und 2 behandeln den Bau des weiblichen Körpers und die Entwicklung zur Geschlechtsreife, Kapitel 3—6 Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, das Schlußkapitel die Wechseljahre und Frauenkrankheiten. Alle Kapitel enthalten beherzigenswerte Vorschriften, seien sie den Müttern für ihre Töchter — Verhalten beim Eintritt der ersten Menstruation — oder den Müttern selbst gegeben. Von der ersten Geburt, sagt Verf., hängen Leben und Gesundheit der Mutter ab. Alle hygienischen Verordnungen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sollten sich die Frauen auf das wärmste angelegen sein lassen. Im weitesten Maße klärt Verf. neben vielem anderen auf über die Entstehung und Vermeidung des Wochenbettfiebers und über die Notwendigkeit der Zuziehung des Arztes bei anormalen Geburten. Eine längere Bettruhe (10—12 Tage) ist eine Wohltat für den der Ruhe bedürftigen Organismus. Zu frühe Arbeit nach der Entbindung stört die volle Rückbildung der Gebärmutter und ihrer Bänder, Damm- und Scheidenrisse sind zur Vermeidung späterer Vorfälle zu nähen. Für das Selbststillen der Mütter wird energisch eingetreten. Mit einem Hinweis

auf die Erkennung und Heilbarkeit der Frauenkrankheiten namentlich des Gebärmutterkrebses schließt das mit zahlreichen instruktiven Abbildungen versehene Buch.

Graeupner (Bromberg).

● **Müller, J. P., Mein System für Frauen.** Leipzig: Grethlein 1913. 90 S. M. 2.—.

In der Hauptsache sind in diesem Bändchen dieselben Übungen enthalten, wie in des Verf. Hauptwerk „Mein System“, nur wird hier ein größeres Gewicht gelegt auf eine nach eigener Methode ausgearbeitete Atemtechnik. Die vorgeschriebenen Übungen, die täglich nackt in freier Luft auszuführen sind, bestehen in 8 Muskelübungen vor und in 10 Frottierübungen nach dem Bade. Man könnte sie nach Müllers Ausspruch ebensogut Übungen zur Verschönerung der Figur bzw. zur Verschönerung der Haut nennen. Die Einzelvorschriften für die betreffenden Übungen, die durch zahlreiche nach dem Leben aufgenommene Photographien erläutert werden, müssen im Original nachgelesen werden. Es folgen 2 Kapitel über Massage des Gesichts und der Hüften, sowie ein Kapitel, in welchem gegen das Korsett zu Felde gezogen und das Ideal weiblicher Schönheit aufgestellt wird. Zum Schluß gibt Verf. seine Ansicht darüber kund, daß seine Übungen denjenigen Frauen, die an sie gewöhnt sind, während der Menstruation und Schwangerschaft nicht nur nicht schaden, sondern sogar eine schnellere und leichtere Entbindung in Aussicht stellen (Beispiel der eigenen Gattin des Verf). *Graeupner* (Bromberg).

Tschudi, Rob., Pubertät und Schule. Zeitschr. f. Kinderforsch. Jg. 18, H. 8/9, S. 364—374. 1913.

In den oberen Klassen der Mädchenschulen sehen die Lehrer nicht nur starke Zunahme von Körperlänge und Körpergewicht, die besonders im 13.—14. Lebens-(7.Schul-) jahr geradezu sprunghaft ist, wie 2 kurze Tabellen zeigen, und nicht nur die körperlichen Beschwerden der beginnenden Pubertät, sondern auch zahlreiche psychische Störungen und Charakteränderungen, die mit Gemüts-, Gedächtnis- und Assoziationsstörungen verbunden sind. Tschudi hat seine Schülerinnen veranlaßt, die ihnen selbst auffälligen Veränderungen ihres Wesens in kurzen Aufsätzen zu skizzieren, und bringt über die Resultate ganz interessantes Detail. Er unterscheidet einen apathischen, einen ängstlichen (mit starken Gedächtnis-, selbst Sprachstörungen verbundenen), einen träumerischen (Freundinnenliebe, Versemachen) und einen gereizten, zornigen, händelsüchtigen Pubertätstypus. Alle diese Störungen können leicht in einer Intensität auftreten, die krankhaft genannt werden muß, und tun dies auch tatsächlich öfter, als man es gewöhnlich glaubt. Aufgabe des Arztes ist es, die psychische Verfassung des Mädchens genau zu kennen und klar zu beurteilen, ob in einem bestimmten Falle einfach Ungezogenheit, die hemmungsfähig ist, oder eine außerhalb der Willensbeeinflussung befindliche Krankheit vorliegt. Die Intelligenz ist dabei nicht wesentlich gestört.

Kermauner (Wien).

Hirsch, Max: Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheit. (Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Gewerbehygiene und Gynaekologie.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, Erg.-H., S. 298—322. 1913.

Die stark überhandnehmende ökonomische Entwicklung in unseren Kulturstaaten drängt immer mehr den weiblichen Teil der Bevölkerung zur Erwerbsarbeit. In Deutschland hat seit 1895 ein Anwachsen um fast 60% stattgefunden. Gegenwärtig betreibt 30,4% der weiblichen Bevölkerung Arbeit gegen Lohn, in Frankreich 39% und in Österreich sogar 42,8%. Der Eintritt der Frau ins Erwerbsleben hat naturgemäß mit der Veränderung in ihrer Lebensführung auch eine große Umwälzung in ihren gesundheitlichen Verhältnissen herbeigeführt. Die der Frau in den gewerblichen Betrieben drohenden Gefahren beruhen neben der Ungunst der allgemeinen Lebensverhältnisse zunächst in der Eigenart der körperlichen Tätigkeit (Arbeit im Sitzen, Stehen in gebückter Haltung usw.). Dazu treten nun die spezifischen Schädlichkeiten, wie Verderbnis der Luft durch schlechte Ausdünstungen oder Gifte, direkte gewerbliche

Vergiftungen u. a. m. Schließlich fallen noch klimatische Einflüsse, viele Schädlichkeiten mechanischer, chemischer und thermischer Art und nicht zuletzt bakterielle Infektionen ins Gewicht. — Die Statistik an dem Material der Leipziger Ortskrankenkasse hat ergeben, daß die Sterblichkeit der erwerbstätigen Frauen im Alter von 25 bis 34 Jahren größer ist als die der Männer; im Alter von 25—29 Jahren starben von 10 000 ein Jahr lang beobachteten Personen 601 der weiblichen, aber nur 492 der männlichen Mitglieder. Unter den Allgemeinerkrankungen nehmen die Chlorose, Anämie und Tuberkulose die erste Stelle ein; sie wirken auch auf den Zustand und die Funktion der Unterleibsorgane ein; die angeführte Trias stört ferner den Ablauf von Schwangerschaft und Wochenbett. Aber auch ohne diese vermittelnden Faktoren übt die Erwerbsarbeit der Frau eine störende Wirkung auf den Ablauf von Schwangerschaft und Wochenbett aus. Bei den erwerbstätigen weiblichen Mitgliedern der genannten großen Ortskrankenkasse waren die Fehlgeburten fast 7 mal so häufig als bei den freiwillig die Arbeit aussetzenden, die Frühgeburt 6 mal, sonstige Zufälle, wie Placenta praevia, Blutungen, unstillbares Erbrechen 2,7 mal, die mehr als 13 Wochen betragenden pathologischen Wochenbetten etwa 5 mal so häufig. Während im allgemeinen auf 1000 Geburten 30 Totgeburten kommen, entfallen auf 1000 Niederkünfte von in schädlichen Betrieben beschäftigten Frauen 150—170! Durch größere Neigung zu Fruchtabtreibung auf der einen Seite lassen sich unmöglich so hohe Zahlen erklären. Gewisse Betriebe beeinflussen in hohem Grade schädigend den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ebenso die Geschlechtsorgane direkt. Leider besteht nach dieser Richtung hin noch eine große Lücke unseres Wissens, abgesehen von einigen wenigen näher studierten Betrieben. Verf. richtet an die an den Kassen beteiligten Ärzte, im besonderen die Frauenärzte, die Bitte, fortan ihr Augenmerk mehr auf die Gewerbebetriebe und deren Schädlichkeiten zu richten. Denn von den $9^1/_2$ Millionen erwerbstätigen Frauen in Deutschland sind über 8 Millionen im Hauptberuf tätig, höchstens $1^1/_4$ Million Dienstboten. Er teilt die statistischen Ergebnisse mit, wieweit sich diese Frauen nach ihren Altersklassen auf die Groß- und Kleinbetriebe verteilen und mit welchen Schädlichkeiten sie in den einzelnen Berufen zu kämpfen haben. Zum Schluß betont er, wie in noch viel höherem Grade als für die erwachsenen Frauen alle diese Schädlichkeiten für die jugendlichen und kindlichen Arbeiterinnen in die Wagschale fallen müssen. Bei diesen äußern sich die schädlichen Folgen in Hemmungen des Wachstums, Unterernährung, Blutkrankheiten, geistiger Stumpfheit, Becken- und Rückgratsverkrümmungen und ihren Folgen für Schwangerschaft und Geburt, Hypoplasia uteri, Retroflexio uteri congenita, angeborener Sterilität, Dysmenorrhöe und Amenorrhöe. Dazu kommen noch die durch plötzliche Einwirkungen (Fall, Stoß vor den Bauch, Druck usw.) entstehenden gynaekologischen Unfallschäden. Nach diesen Ausführungen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Berufsarbeit der Frauen mehr als bisher eine ätiologische Rolle in der Klinik der weiblichen Unterleibsorgane zugeschrieben werden muß. Aufgabe zukünftiger Gesetzgebung wird es sein, durch arbeithygienische Schutzmaßnahmen, welche den besonderen Verhältnissen des weiblichen Geschlechtslebens angepaßt sind, auf die Verbesserung der Erkrankungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der erwerbstätigen Frauen hinzuarbeiten. *Buschan* (Stettin).

Boecale, Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang, eine Parallele zwischen der Stadt Regensburg und dem Bezirksamte Regensburg. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. **4**, H. 9, 269—272. 1913.

Boecales Statistik ergibt einen Geburtenrückgang in der Stadt Regensburg innerhalb 40 Jahren von 37,9 auf 22,1 auf das Tausend bei einer Zunahme der Einwohner um 100%, in Regensburg-Land von 44,7 auf 39,7 bei einer nur geringen Zunahme der Bevölkerung. Die Säuglingssterblichkeit ging in demselben Zeitraum in der Stadt Regensburg von 39,26% auf 22,09% (von 100 Lebendgeborenen wieder im 1. Lebensjahre gestorben) zurück, in Regensburg-Land von 40,8 auf 28,2%. Trotz der höheren Säuglingssterblichkeit ist der Gewinn an Einwohnern auf das Tausend

berechnet am Ende des Säuglingsalters im Mittel der letzten drei Jahre um 8% höher in Regensburg-Land als in Regensburg-Stadt (26,5 bzw. 18,5). Demnach in der Stadt Kampf gegen den Geburtenrückgang und Fortsetzung der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, auf dem Lande in erster Linie Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit.
Heuck (Ludwigshafen).

Rousseau: Réflexions sur l'hygiène des nourrissons à la campagne. (Betrachtungen über die Pflege der Ziehkinder in der Provinz.) Bull. mens. de la soc. d'hyg. de l'enfance Jg. **27**, Nr. 221, S. 86—87. 1913.

Die Pflege der Ziehkinder in der Provinz ist eine ungenügende. Es gibt für sie allerdings einen Sanitätsinspektor, der sie alle Monat einmal aufsucht, für gewöhnlich aber weder Mutter noch Kind zu Hause antrifft. Und zu ihm gehen die Pflegemütter mit den kranken Kindern erst, wenn sie alle ihre Hausmittel ausprobiert haben. Daher schlägt Verf. vor, wöchentlich eine Stunde in einem öffentlichen Lokale festzusetzen, wo sich die Mütter mit den Ziehkindern einzufinden hätten und Belehrung in Kinderpflege von dem betreffenden Arzte unter Assistenz einer intelligenten Dame, die sich in den Dienst der Wohltätigkeit stellt, erfahren könnten. *Buschan* (Stettin).

Mittelhäuser, Zweiter Jahresbericht der Säuglingsfürsorgestelle Apolda. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen Jg. **42**, Nr. 5. S. 258—264. 1913.

Der Säuglingsfürsorgestelle in Apolda unterstanden im vergangenen Jahre 340 Säuglinge, gegen 263 im Jahre 1911; unter sämtlichen ehelichen Neugeborenen wurden 45,4%, unter den unehelichen 30,7% die Fürsorgemaßnahmen zuteil. Gestillt haben 238 Mütter von den die Fürsorgestelle besuchenden Frauen, und zwar 215 eheliche, 23 uneheliche. Zur Verhinderung eines frühzeitigen Abstillens wurden 111 Mütter teils mit Malztropon, teils mit Kakao und Kuhmilch unterstützt.

Auch in diesem Bericht wird der Mutterschutz als der wirksamste Säuglingsschutz bezeichnet. Das ganze Elend läßt sich, so heißt es, auch auf diesem Spezialgebiet nicht beseitigen, aber vieles läßt sich lindern.

Von den Säuglingen, die nur einmal in die Fürsorgestelle gebracht wurden, starben 20,4%, von denjenigen, die mehr als viermal vorgestellt wurden, nur 7,5%. *Fischer* (Karlsruhe).

Keilmann, A., Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 335—350. 1913.

Keilmann hebt hervor, daß die Fürsorge für Wöchnerinnen und Neugeborene hinter der Fürsorge für das erste Lebensjahr zurückgeblieben ist, und empfiehlt zur besseren Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine festere Verbindung zwischen Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge. In dieser Absicht schlägt K. den Hebammenlehrern vor, den Schülerinnen neben der Kenntnis der Asphyxie intra et post partum, der Behandlung des Nabelschnurrestes und der Blenorrhöeprophylaxe auch die elementare Physiologie der Ernährung des Neugeborenen gerade in den allerersten Lebenstagen klar zu machen. Bericht über die damit in Riga erzielten Erfolge sowie über die klinischen und poliklinischen Fälle des Verf. mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Mortalität und der Stillfähigkeit der Mütter (mehr als 70% stillen neben dem eigenen noch ein fremdes Kind!). *Schmid* (Prag).

Joël, Julius, Die staatliche Säuglingsfürsorge in Lübeck. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61**, Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 427—436. 1913.

Verf. gibt einen Überblick über die Säuglingsfürsorge in Lübeck, wie sie seit dem Jahre 1911 daselbst durchgeführt worden ist. Die Übernahme der Fürsorge durch den Staat hat sich dabei als außerordentlich segensreich erwiesen. Wenn auch Verf. noch keine Statistik über die Zeit, in welcher die von ihm geschilderten Einrichtungen in Kraft sind, aufstellen konnte, so läßt sich doch schon soviel sagen, daß sich auch zahlenmäßig der Segen dieser Zentralisation erweisen lassen wird. *Jaeger* (Leipzig).

● **Behr-Pinnow, v., Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.** Berlin, Springer. 1913. 87 S. M. 2.—.

Im ersten Teil werden nach einer statistischen Übersicht über den Geburtenrückgang in den einzelnen Ländern die Gründe dargelegt, warum die Proliferation sich ändert; es werden die Beziehungen der Religion und der Politik zum Geburtenrück-

gang aufgedeckt, als Hauptgrund wird die Abnahme des Willens zum Kind angesehen, infolge der Sorge um den Besitz, der Sorge um die Zukunft der Kinder und der Sorge um die eigene Person. Im zweiten Teil werden in zusammenfassender Weise die bestehenden und die noch fehlenden gesetzgeberischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit abgehandelt und die Fürsorgebestrebungen kritisch besprochen. Offene Fürsorge: Belehrung des Publikums, Heranziehung der Ärzte und Hebammen, Wochen-Hauspflege, Ausbildung von Berufspflegerinnen, ehrenamtliche Helferinnen. Geschlossene Fürsorge: Bedeutung der Krippen und der Säuglingsheime. *Grünbaum* (Nürnberg).

Felsenthal, S., Die Säuglingssterblichkeit in der Statistik des Großherzogtums Baden. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61**, Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 314 bis 321. 1913.

Die Säuglingssterblichkeit in Baden (anno 1910) beträgt 27,8% der Gesamtmortalität, 15,7% der Lebendgeborenen. Es sind 15,16% der ehelichen, 21,84% der unehelichen Lebendgeborenen. Es ist ein ständiges Absinken der Mortalität (von 1900—1910) zu konstatieren. Bei leichter Erreichbarkeit des Arztes oder der Kinderkrankenhäuser geringere Mortalität. Mit zunehmendem Alter der Kinder stetige Mortalitätsabnahme. Industrielle Bezirke mit hoher Geburtenzahl haben ungünstige Sterblichkeitsziffern. Größte Säuglingssterblichkeit geht einher mit größter allgemeiner Tuberkulosesterblichkeit. Die Mortalität der Säuglinge (ehelicher und unehelicher) ist in Baden in den Städten geringer als auf dem Lande. Doch wohnen vielfach die untersten Schichten der Arbeiterbevölkerung auf dem Lande; sie arbeiten nur in den Städten. Bessere hygienische Einrichtungen der Städte — Säuglingsfürsorge. Dem Absinken der Säuglingssterblichkeit geht parallel ein Absinken der Geburtenziffer. Todesursache: Von Infektionskrankheiten vornehmlich Keuchhusten und Masern. 41,6% Mortalität an Verdauungskrankheiten; diese Zahl ist aber wahrscheinlich viel höher, über 60%. *Hirsch* (Charlottenburg).

Saleeby, C. W.: Eugenics and public health. (Eugenik und öffentliche Gesundheitspflege.) Journal of state med. Bd. **21**, Nr. 7, S. 440—445. 1913.

Es wird unterschieden: positive Eugenik, d. h. Sorge für gesunde Eltern, negative Eugenik, d. h. Ausschaltung ungesunder Eltern, prophylaktische Eugenik, d. h. Beschützung der Eltern vor den Rassegiften. Die positive Eugenik nach Galton hängt von unseren Fortschritten in der Kenntnis der Heredität und von Besserungen auf sozialem Gebiet zugunsten gesunder Eltern ab. Die negative Eugenik unterscheidet zwischen übertragbaren, erblichen Defekten und solchen, welche nicht erblich sind und nur das Soma, nicht die Keimzellen der Eltern schädigen, wie Alkohol, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten. Die prophylaktische Eugenik hat die Eltern vor den Schädigungen der Syphilis und Gonorrhöe, der Tuberkulose und des Alkohols zu bewahren. *Klein* (Straßburg i. E.).

Maxwell, J., Anthropologie, psychologie et sociologie. Une question de méthode. (Methodik in der Anthropologie, Psychologie und Soziologie.) Arch. d'anthropol. crim. Bd. **28**, Nr. 234, S. 401—409. 1913.

Tandler, Julius: Konstitution und Rassenhygiene. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionsl. Bd. **1**, H. 1, S. 11—26. 1913.

Verf. definiert zunächst die Begriffe: Konstitution, Kondition und Rasse, um dann auf den Zusammenhang dieser drei Kategorien untereinander einzugehen und ihre Beziehungen zu dem Zweig der Hygiene zu erörtern, der bestrebt ist, die durchschnittliche Konstitution der Individuen einer Rasse zu heben und so die Rassenkonstitution zu bessern, mit andern Worten zur Rassenhygiene. *Jaeger* (Leipzig).

● **Waldschmidt, Wilhelm, Die Unterdrückung der Fortpflanzungsfähigkeit und ihre Folgen für den Organismus.** Stuttgart, Enke 1913. VIII, 177 S. M. 4.80.

Verf. hat mit Hilfe Sellheims und 886 Literaturstellen aller Zeiten und Völker

die Aufgabe zu lösen sich bemüht. Die Arbeit zerfällt in folgende Abschnitte: Einleitung: Das Wesen des Geschlechtstriebes. I. Urteile über die geschlechtliche Enthaltsamkeit. II. Folgen der Unterdrückung der Fortpflanzungsfähigkeit mit Ausnahme der Kastration. III. Die Kastration und ihre Folgen. Zusammenfassung. Literaturverzeichnis. — Aus der „Zusammenfassung" seien folgende Sätze zitiert: „Wenn wir die vorstehenden Erörterungen überblicken, können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, daß viel Unbegründetes als Folge der unterdrückten Fortpflanzungsfähigkeit behauptet wurde. Die Urteile der Autoren über die Folgen des unterdrückten Geschlechtstriebes sind größtenteils individuell gehalten. Wenn man über diese Frage urteilen will, so kann man unmöglich einen Menschen dem andern gleichstellen. Wir können wohl ganz allgemein sagen, daß ein Mensch mit normalem Allgemeinzustand bis zu einem gewissen Alter ohne Schädigung die Nichtbefriedigung verträgt; mit Selbsterziehung und Willenskraft läßt sich zweifellos viel erreichen; doch nicht alles. Was die überwiegende Zahl der jungen ledigen Geisteskranken ausmacht, ist eine frühzeitige Auslese. Der Selbstmord kann wohl nur bedingt in Zusammenhang mit dem unterdrückten Geschlechtstrieb gebracht werden. Die Lebensdauer scheint nicht von der Ausübung oder Nichtausübung des geschlechtlichen Verkehrs abzuhängen, wenigstens nicht im Durchschnitt. Es können zweifellos auch einige Krankheiten durch den gewaltsam unterdrückten Geschlechtstrieb begünstigt werden — nicht die Onanie — beim Manne die seltenen Fälle von vermehrten Pollutionen bis zur Spermatorrhöe; beim Weibe Menstruationsbeschwerden, Uteruskrebs, Myome. Die Kastration, welche praktisch am bedeutendsten für die Frau ist, bringt ähnliche Erscheinungen hervor wie die des natürlichen Klimakteriums; doch sind sie entschieden stärker" usw. *Wegscheider* (Berlin).

● **Schäfer, E. A., Das Leben. Sein Wesen, sein Ursprung und seine Erhaltung. Dtsch. von Charlotte Fleischmann.** Berlin, Springer. 1913. V, 67 S. M. 2,40.

Zunächst werden die Schwierigkeiten, eine einwandfreie Definition von dem Begriff „Leben" zu geben geschildert. Dann wird der Ursprung des Lebens erörtert. Schäfer vermutet einen allmählichen (nicht sprunghaften) Übergangsprozeß aus anorganischen zu organischen Materien über Stadien allmählich zunehmender Kompliziertheit, bis die Materie, welche als lebend angesehen werden kann, entstanden ist. Der Verf. meint, daß dieser Prozeß sich nicht etwa nur einmal vor grauen Zeiten unter besonderen Bedingungen (oder gar unter dem Einfluß übernatürlicher Kräfte) vollzogen hat, sondern daß die Entwicklung von lebendiger aus lebloser Substanz auch heute noch vor sich gehe, ohne daß wir es bemerken. Die Erhaltung des Lebens wird durch eine Schilderung der Zell- bzw. Organfunktionen dargetan; den Schluß bilden Betrachtungen über das Lebensende. — Die Schrift bietet, da sie auf den neusten Forschungen auf dem Gebiete der Biologie aufgebaut ist, zahlreiche interessante Angaben und Anregungen. *Fischer* (Karlsruhe).

McMurtrie, Douglas C., Prostitution in New York City. A study in social hygiene. (Die Prostitution in der Stadt Neuyork, eine sozialhygienische Studie.) Med. record Bd. **83**, Nr. 22, S. 970—974. 1913.

Bericht über Zahl und Art der von einer eigenen Kommission studierten Bordelle und prostitutionsverdächtigen anderen Lokale (gewisse Restaurants, Spielsäle, Delikatessenhandlungen, Konditoreien, Barbier- und Manicurestuben, Zigarrenläden, Opiumhöhlen und dgl. m.) im Zentrum von Neuyork bezüglich der Zahl der reglementierten und nichtreglementierten Prostituierten, der allgemein hygienischen Verhältnisse und der venerischen Erkrankungen (Modifikation der Wassermannschen Reaktion: 4 Stunden Aufenthalt im Eisschranke zur Komplementfixation statt der gewöhnlichen einstündigen Aufbewahrung bei 37° C.; dabei Zunahme der positiven Reaktionen). Verf. glaubt, daß in Neuyork das Angebot an Prostituierten viel größer ist, als die Nachfrage darnach bei der Bevölkerung. *Schmid* (Prag).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 9. S. 417—464

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Gruneberg: Pseudohermaphrodismus masculinus. (Altonaer ärztl. Ver., Sitz. vom 28. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 27. S. 1516. 1913.

Pat. mit Pseudohermaphrodismus masculinus, der als weibliches Geschlecht in das Standesregister eingetragen ist. Es findet sich ein rudimentärer Penis, der als Clitoris imponiert. Er sitzt zwischen dem gespaltenen Hodensack, der den Eindruck von großen Labien macht. Zwischen diesen die vollkommen offene, fast bis zum Anus sich hinziehende Urethra, deren Schleimhaut die kleinen Labien vortäuschen und wie ein Introitus vaginae aussehen. Die Blasenmündung liegt dicht vor der Analöffnung. Links vollständiger Kryptorchismus, rechts tritt der Testikel ab und zu durch die Leistenöffnung hervor. *Runge* (Berlin).

Schröder, Robert: Neue Ansichten über die Menstruation und ihr zeitliches Verhalten zur Ovulation. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 1 bis 8. 1913.

Bisher galt stets die Gebhardtsche Lehre, nach welcher es bei der Menstruation nur zu einer oberflächlichen Epithelabstoßung kommt und die Drüsenschläuche im wesentlichen intakt bleiben. Hitschmann, Adler und Verf. fanden demgegenüber, daß ein als Endometritis glandularis angesprochener Zustand sich regelmäßig zu bestimmten Zeiten zwischen zwei Menstruationen findet, und daß dieser zyklische Wechsel in der Beschaffenheit der Uterusschleimhaut sehr schwer durch anderweitige, pathologische Veränderungen an den Genitalien beeinflußbar ist. In einem prämenstruellen Stadium kommt es zu einem Kern- und Zellzerfall der Drüsenschläuche, der mit leukocytöser Infiltration einhergeht. Es folgt reichliche Epitheldesquamation, so daß am zweiten Tage der Blutung nur die niedrige Basalschicht der Drüsen verbleibt, während die abgestoßene Schicht phagocytär und autolytisch zugrunde geht und bald regeneriert wird. Aus dem Zustande der Schleimhaut kann man unter Berücksichtigung einer gewissen Variationsbreite erkennen, an welchem Zeitpunkte des Zyklus die Schleimhaut sich befindet. — Die Frage nach dem zeitlichen Zusammenhange von Ovulation und Menstruation wird unter Ablehnung der älteren Pflüger-Leopoldschen Theorie und unter Betonung der Bedeutung der inneren Sekretion der Ovarien in der Weise zu lösen versucht, daß man bei einem Endometrium bestimmter Phase beide Ovarien auf Corpus luteum-Bildung untersuchte. Verf. fand in 100 Fällen stets ein festes, zeitliches Verhältnis zwischen Ovulation und Menstruation, auch bei bestehenden pathologischen Zuständen der Genitalorgane. Es besteht eine so strenge Gesetzmäßigkeit, daß man aus dem Zustande des Corpus luteum die Endometriumphase und umgekehrt angeben kann. Da nun festgestellt wurde, daß bei regelmäßig vierwöchentlicher Periode am 14.—16. Tage das Platzen des Follikels stattfindet, so würde man es mit einem Alternieren von Menstruation und Ovulation zu tun haben. Daraus folgt der wichtige praktische Schluß, daß nur das Ei, welches aus der Ovulation nach der zuletzt dagewesenen Menstruation stammt, das befruchtete sein kann. *Rittershaus* (Coburg).

Dalché, Paul, Aménorrhée pubérale, bains de mer, hydrothérapie, climatologie. (Amenorrhöe in der Pubertät, Seebäder, Hydrotherapie, Klimatologie.) Pédiatrie prat. Jg. **11**, Nr. 17, S. 305—309. 1913.

Verf. bespricht an der Hand eines Falles von vollständiger Amenorrhöe bei einem jungen Mädchen nach Seebädern die eventuellen schädlichen Folgen der See bei aufgeregten, nervösen, schnell gewachsenen und durch geistige Arbeit überanstrengten Mädchen, besonders zur Zeit der Pubertät, und bekämpft die weitverbreitete Gepflogen-

heit, die Entschließung den Eltern allein zu überlassen. Er macht weiter allgemeine Bemerkungen über Wirkungsweise der Seebäder, der Hydrotherapie überhaupt, der Höhenkuren und schließlich der körperlichen Übungen und des Sports, die ebenfalls bei Mädchen in der Pubertät nur unter ärztlicher Überwachung stattfinden sollten. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Hill, Charles A.: A further consideration of the use of corpora lutea in the treatment of artificial menopause. (Weitere Mitteilung über den Gebrauch von Corpus luteum bei Behandlung der artifiziellen Menopause.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 6, S. 712. 1913.

Verf. hat seit seiner ersten Veröffentlichung (Surg. Gynec. and Obst. Dez. 1910) eine Reihe von Mitteilungen über Versager der Behandlung erhalten; er glaubt, daß diese Versager auf einer zu geringen Darreichung des Medikamentes beruhen; er empfiehlt deshalb möglichst lange Corpus luteum zu verabreichen, auch dann noch, wenn die subjektiven Beschwerden schon verschwunden sind. *Engelhorn* (Erlangen).

Kosmak, Geo W.: The role of ovarian disease in the production of sterility. (Die Rolle der Ovarialerkrankungen bei der Entstehung der Sterilität.) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York Bd. **9**, Nr. 2, S. 107—113. 1913.

Neben der genauen Untersuchung des Mannes ist die der Frau auf Bildungs- und Lageanomalien der Genitalien unerläßlich, wiewohl deren Einfluß auf die Sterilität überschätzt wird. So kann wohl kaum eine Stenose des Cervicalkanals einen Grund zur Unfruchtbarkeit abgeben. — Gemeinhin wird angenommen, daß bei jeder Menstruation ein Graafsscher Follikel platzt, aber ob dies abwechselnd in je einem Ovar geschieht, ist noch nicht festgestellt, ebensowenig, ob bei Erkrankung eines Eierstockes der andere vikariierend eintritt. Um festzustellen, in welchem Umfange bei Entfernung oder Erkrankung des einen Ovars und bei erhaltener Menstruation das Auftreten der Gravidität möglich ist, hat Verf. eine Umfrage an Ärzte zur Beantwortung diesbezüglicher Fragen gerichtet, wobei auch nach einseitiger Entfernung des Ovariums und darauf erfolgter Gravidität, die Zeit der ersten Menstruation, das Datum der Geburt sowie das Geschlecht des Kindes mitgeteilt werden sollten. Abschließende Ergebnisse wurden wegen mangelnder Beantwortung nicht erzielt. Auf Grund einer klinischen Erfahrung, wo nach Entfernung eines kleincystischen Ovariums eine bis dahin vorhandene Sterilität behoben wurde, glaubt Verf. annehmen zu müssen, daß das erkrankte Organ eine Gravidität verhindert, seine Entfernung zu einer gesteigerten Funktion auf der gesunden Seite führt. So trat in 19 unter 45 Fällen nach Entfernung eines kranken Eierstockes Schwangerschaft ein. Ob das linke oder rechte Ovarium entfernt war, blieb auf das Geschlecht der Kinder ohne Einfluß. *Rittershaus* (Coburg).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Costantini, G., Il valore del metodo di Much per la colorazione dei bacilli tubercolari. (Über den Wert der Muchschen Färbungsmethode für die Färbung von Tuberkelbacillen.) Ann. dello istit. Maragliano Bd. **7**, Nr. 1, S. 1—20. 1913.

Die Muchsche Granula sind eine abgeschwächte Form des Tuberkelbacillus; unter gewissen Bedingungen können die Granula wieder die Form und die volle Virulenz des Tuberkelbacillus annehmen. In der Klinik ist die Färbung der Muchschen Granula in allen tuberkuloseverdächtigen Fällen, in welchen keine Tuberkelbacillen nachgewiesen werden können, angezeigt, sowie zur Untersuchung der histologischen Veränderungen des tuberkulösen Gewebes. *Poda* (Lausanne).[M]

Sivori, Luigi, Riccardo Corradi e Dario Caffarena: Antigeni ed anticorpi tubercolari, streptococcici, stafilococcici e diplococcici negli espettorati di tubercolosi. (Antigene und Antikörper der Tuberkelbacillen, der Strepto-, Staphylo- und Diplokokken im Auswurf Tuberkulöser.) Ann. dello istit. Maragliano Bd. **7**, Nr. 1, S. 50—55. 1913.

Sputa von zwei tuberkulösen Patienten wurden nach einer besonderen, nicht

näher angegebenen Methode in Emulsionsform gebracht und bestimmt, ob diese Emulsionen 1. mit antituberkulösem, Antistreptokokken-, Antistaphylokokken-, Antidiplokokken-Serum oder 2. mit Tuberkulin, Tuberkelbacillen, Staphylo- oder Diplokokken Komplement fixieren. Nach beiden Richtungen ergaben sich positive Resultate; doch zeigten die Untersuchungen auf Antigene stärkere Reaktionen als die auf Antikörper. Ob dieser „biologischen“ Prüfung des Auswurfes beim Phthisiker eine reale Bedeutung (für das Vorhandensein von Mischinfektionen, die Prognose usw.) zukommt, sollen weitere Experimente lehren. *Doerr* (Wien).[M]

Rosenbloom, Jacob, The biochemistry of the female genitalia. 2. The lipins of the ovary and corpus luteum of the pregnant and non-pregnant cow. (Die Biochemie des weiblichen Genitales. II. Die Lipoide des Ovarium und Corpus luteum bei der schwangeren und nicht schwangeren Kuh.) (*Laborat. of biochem., univ. Pittsburgh, Pa.*) Journal of biol. chem. Bd. **13,** Nr. **4,** S. 511 bis 512. 1913.

Tabellarische Übersicht über die Prozentverhältnisse von Lipoiden, Phosphorlipoiden, Neutralfett, Fettsäuren und Cholesterol im Ovarium und Corpus luteum bei der schwangeren und nicht schwangeren Kuh ergibt keine wesentliche Vermehrung dieser Stoffe während der Schwangerschaft. *Bondy* (Breslau).

Pende, N.: Sull'esistenza di una nuova glandola a secrezione interna. (Über eine neue Drüse mit innerer Sekretion.) (*Istit. di patol. med., univ. Palermo.*) Rif. med. Jg. **29,** Nr. 22, S. 589—591. 1913.

Während der letzten Monate des intrauterinen Lebens und während des ersten Jahres nach der Geburt findet man beim Menschen und bei manchen Tieren (Hund) in der Gegend der Thymus und der Schilddrüse (besonders um die Beischilddrüsen und am oberen Pol der Thymuslappen) regelmäßig eine Drüse mit innerer Sekretion, von den Epithelkörperchen gut differenzierbar. Das Volumen der Drüse ist stärker als das der Beischilddrüsen; sie besteht aus getrennten Läppchen, in welchen die größeren als graurötliche Knötchen schon mit bloßem Auge sichtbar sind. Charakteristisch für die Drüse ist das Fehlen eines Bindegewebsstroma; die Epithelzellen derselben sind größer als die der Beischilddrüsen, manche mit einem großen, runden, andere mit einem kleinen, leicht färbbaren Kerne versehen. Das Protoplasma der Zellen enthält reichlich baso- und acidophile Granulationen, Vakuolen und Lipoide. Die Drüsenzellenschläuche sind mit einem stark entwickelten Netze von feinen Capillaren umgeben. Nach dem ersten Lebensjahre verschwindet die Drüse spurlos. *Poda* (Lausanne).[M]

Hamburger, Franz: Über die diagnostische Bedeutung des Nachweises von auf blutfremde Stoffe eingestellten Fermenten. Bemerkungen zu E. Abderhaldens gleichnamigen Vortrag in (Münch. med. Wochenschr.) Nr. 25. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 28, S. 1549. 1913.

Polemik.

Allgemeine Diagnostik:

Gouget, Quelques contributions récentes à l'étude des lymphocytoses. (Einige neuere Beiträge zum Studium der Lymphocytose.) Presse méd. Jg. **21,** Nr. 51, S. 510—511. 1913.

Lymphocytose hat sich gefunden bei Krankheiten der Thyreoidea, bei Tumoren der Hypophyse und neuerdings auch bei Diabetes und Fettleibigkeit. Es sind dies also Fälle von chronischen Erkrankungen, unabhängig von den eigentlichen Blutkrankheiten und Infektionskrankheiten. Hösslin hat neuerdings systematisch das Blut bei chronischen Erkrankungen untersucht und zwar in 100 Fällen. Er teilte diese Fälle in vier Gruppen: 1. Organische Krankheiten mit Ausschluß von solchen der Thyreoidea; 2. Diabetes; 3. Thyreoideaerkrankungen; 4. nichtorganische Erkrankungen. Er fand fast immer die Zahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt normal. 71 mal handelte es sich um absolute Lymphocytose, 29 mal um relative, wobei

er als absolut den Befund von mehr als 2000 Lymphocyten auf den Kubikmillimeter bezeichnet. Vor übereilten Schlüssen aus diesen Befunden ist zu warnen, da die Sache noch nicht spruchreif ist, weil die Untersuchungen noch zu wenig genau sind. *Bretz.*

Bloch, Ferdinand, Beiträge zur Methodik der Blutuntersuchung. Mitteilg. 2. Hämoglobinbestimmung. (*Privatlaborat. d. Prof. Dr. E. Münzer, Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 22, S. 297—298. 1913.

Vergleichende Hämoglobinbestimmungen mit der Apparatur von Sahli, Autenrieth - Königsberger und Plesch ergaben im allgemeinen gute Übereinstimmung. Der Apparat Sahlis ergibt im Durchschnitt um 4% höhere Werte als der von Autenrieth - Königsberger. Weniger gut stimmten die Untersuchungen mit dem Kolbenkeil-Hämoglobinometer von Plesch. Als beste panoptische Färbemethode wird May-Grünwald-Giemsa-Färbung empfohlen. *Hess* (Wien).ᴹ

Villaret, Maurice, Contribution à l'étude dans les sérosités normales et pathologiques de quelques réactions destinées au diagnostic entre les exsudats et les transsudats (réactions de Rivalta, de Gangi, violette et du collargol). Mém. 1. Considérations générales sur ces réactions. (Beitrag zum Studium normaler und pathologischer seröser Flüssigkeiten. Über einige Reaktionen zwecks Differentialdiagnose zwischen Ex- und Transsudaten. 1. Allgemeine Betrachtungen über 4 Reaktionen.) (*Hôtel-Dieu.*) Journal de physiol. et de pathol. gén. Bd. 15, Nr. 3, S. 617—632. 1913.

Es sind bisher 28 verschiedene Methoden bekannt, die obige Differentialdiagnose ermöglichen sollen. Die Untersuchungen Villarets beziehen sich auf zwei derselben sowie auf zwei neu angegebene.

1. Rivaltasche Reaktion. Zu 50 ccm dest. Wasser fügt man in einem Reagensglas einen Tropfen 50proz. Essigsäure; in diese Mischung läßt man einen Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit fallen. Bildet sich eine zu Boden fallende weißliche Wolke mit längeren weißblauen Streifen, so ist die Reaktion positiv. Über die Natur der Reaktion ist Sicheres nicht bekannt. — 2. Gangische Reaktion: 3—4 cm reiner Salzsäure werden mit 4—5 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit überschichtet. Nach einigen Stunden sieht man an der Grenze einen mehr oder weniger starken weißen käsigen Ring. Im weiteren Verlauf steigen von diesem wolkenartige Flocken bis zur Oberfläche auf, bis nach etwa 24 Stunden die ganze seröse Flüssigkeit in eine feste weiße Masse umgewandelt ist. Liegt ein Transsudat vor, so bildet sich höchstens ein ganz kleiner Ring, zu einer Koagulation der ganzen Flüssigkeit kommt es nicht. Auch für diese Reaktion gibt es noch keine einwandfreie Erklärung. — 3. Die violette Reaktion: Bei gleicher Versuchsanordnung wie bei der Gangischen Reaktion nimmt die Salzsäure bei Verwendung eines Exsudats meist recht bald eine blauviolette Färbung an; diese beruht wahrscheinlich auf der Anwesenheit von Globulinen und gewissen Pigmentstoffen der roten Blutkörperchen. Der positive Ausfall der Reaktion beweist das Vorhandensein kleinster Mengen Blut im Punktat. — 4. Die Kollargolreaktion: 1 promillige Heydensche Kollargollösung wird in 20—30facher Verdünnung mit steigenden Mengen (2, 5, 10, 12 Tropfen) der zu untersuchenden Flüssigkeit versetzt und 12—14 Stunden bei Zimmertemperatur gehalten. Fällung des Kollargol im ersten und zweiten Röhrchen spricht für Transsudat (Kontrollen!). Ausbleiben der Fällung und Erhaltenbleiben der Klarheit im ganzen System spricht für Exsudat. Eine einwandfreie Erklärung ist zurzeit nicht zu geben.

158 seröse Flüssigkeiten wurden nach diesen Methoden, und weiterhin auf Albumen resp. Fibringehalt sowie cytologisch untersucht. Ein Vergleich der chemischen Reaktionen mit den cytologischen Befunden und unter sich erweist im allgemeinen die Brauchbarkeit aller vier Methoden; nur ist zu berücksichtigen, daß die violette Reaktion lediglich die Anwesenheit von Blut anzeigt und dementsprechend sich sowohl in Ex- als auch in Transsudaten finden kann. Die chemischen Methoden bieten im allgemeinen vor der cytologischen Untersuchung die Vorteile, daß sie mit geringen Flüssigkeitsmengen leichter und bequemer anzustellen sind und auch nicht sofort nach Entnahme ausgeführt zu werden brauchen (Verschickung!). Die Rivaltasche Reaktion ist die empfindlichste. Diese und die Gangische ergeben im allgemeinen bessere Resultate als die Cytologie und genügen allen Anforderungen. In der Lumbalflüssigkeit geben die chemischen Reaktionen mit wenigen Ausnahmen negative Resultate.

Alfred Lindemann (Berlin).ᴹ

Allgemeine Therapie:

Stern, Samuel: X-ray treatment of uterine fibroids, menorrhagia and metrorrhagia. (Behandlung der Uterusmyome, Menorrhagien und Metrorrhagien mit Röntgenstrahlen.) (Transact. of the med. soc. of the county of New York, meet. 21. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. **6**, S. 1206—1209. 1913.

Diskussion: Brettauer hält die Anwendung der Röntgenbestrahlung hinsichtlich der Verbrennungen heutzutage für gefahrlos. Er warnt vor ihrer Anwendung bei Adnexerkrankungen wie bei dem geringsten Verdacht der Malignität. Bei unregelmäßigen Blutungen um die Zeit des Klimakteriums soll vor der Bestrahlung curettiert und mikroskopisch untersucht werden. Bei submukösen Myomen ist Röntgenbestrahlung erfolglos. In einem nach der Myombestrahlung exstirpierten Ovarium zeigte sich nur ein einziger Solitärfollikel im Stadium der Entwickelung, Abnahme der Primordialfollikel fand sich nicht. Robert Tilden - Frank bespricht die Wirkung der X-Strahlen auf die Zellen der Ovarien, er hält die Röntgenbestrahlung in vielen Fällen für angezeigt, wo die Operation kontraindiziert ist, z. B. bei Herz-, Nieren- und anderen Organerkrankungen, ferner bei messerscheuen Patienten, bei jugendlichen erfolglos curettierten Patientinnen. Dagegen sollte man nicht bestrahlen Fälle mit Adnexerkrankung, mit wiederholten Anfällen von Pelveoperitonitis, Ovarialtumoren usw. Wegen häufig vorkommender Malignität bei Uterusmyom soll bei jeder Menorrhagie und Metrorrhagie sorgfältig curettiert und mikroskopisch untersucht werden, besonders bei Frauen um die vierziger Jahre wegen häufig vorkommenden Corpus-Carcinoms. Verbrennungen sind beim Stande der heutigen Technik nicht zu befürchten. Schädigungen benachbarter Organe können keine große Rolle spielen. Bei Drucksymptomen durch Myome kann die Operation durch Röntgenbestrahlung nicht ausgeschaltet werden, desgleichen nicht bei rasch wachsenden Myomen wegen des Verdachts maligner Degeneration. Der Hauptwert der Röntgenbestrahlung liegt in ihrer hämostatischen Wirkung. Florian Krug warnt vor zu rosenfarbiger Schilderung der Röntgenbehandlung, besonders da es sich gezeigt hat, daß Malignität viel häufiger gefunden wird wie man früher annahm, selbst da wo sie sich klinisch noch nicht offenbarte. Die Röntgenbehandlung würde bei solchen Fällen nur eine Zeitvertrödelung bedeuten. Er weist ferner hin auf die Möglichkeit der Verbrennung, die bei Patienten so gut wie bei Ärzten besteht. Durch die Röntgenbehandlung kann Malignität der Geschwulst im Verlauf der Behandlung ev. auch erzeugt werden. So wenig wie die Entfernung der Ovarien (Kastration), braucht Vernichtung ihrer Follikel durch X-Strahlen die Myome am Bluten, Wachsen usw. zu verhindern. Endlich ist zu erwägen, ob die Röntgenstrahlen, die das Ovarium zu zerstören vermöchten, nicht ebenso leicht andere Organe mit vernichten könnten. *Lohfeldt* (Hamburg).

Heimann, Fritz: Über Röntgentiefentherapie. Berl. Klin. Jg. **25**, H. 301, S. 10 bis 18. 1913.

Verf. schildert die an der Breslauer Klinik angewandte Methode: Als Instrumentarium dient der Rekordapparat von Reiniger, Gebbert und Schall mit Müllerschen Wasserkühlröhren oder Gundelachröhren. Röhrenhärte bei der Tiefentherapie 9—11 Wehnelt. Die Härte wird bestimmt mit dem Kryptoradiometer von Wehnelt, als Dosimeter werden das Quantimeter von Kienböck und die Tabletten von Saboureaud und Noiré benutzt. Die Belastung der Röhre beträgt $7^1/_2$ M. A. Die Strahlen werden durch ein 3 mm Aluminiumfilter geschickt. Der Fokushautabstand beträgt 20 cm; es wird dabei ein quadratischer Kompressionstubus verwendet. Mehrfelderbestrahlung: Abdomen: Mitte, rechts, links; Rücken: rechts, links; Vagina. An jede Stelle werden an 5 aufeinanderfolgenden Tagen $^3/_4$ Erythemdosen gegeben. Nach 3 Serien folgt eine Pause von 3—4 Wochen. Auf diese Weise wurden in ca. 2 Monaten bis zu 200 X verabreicht.

Hauptsächlich wurden Myome und metritische Blutungen behandelt. In fast allen Fällen trat Amenorrhöe, nur selten Oligomenorrhöe auf; die Myome schrumpften. Bei klimakterischen Blutungen muß unbedingt durch eine Abrasio und mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut ein Corpuscarcinom ausgeschaltet werden. Die Ausfallserscheinungen treten, im Gegensatz zu anderen Beobachtern, langsam ein. Bei essentiellem Pruritus sind die Röntgenstrahlen zu empfehlen. Als Kontraindikationen gelten: Verdacht auf Malignität, Myome mit Kompressionserscheinungen, Jauchung, submuköse Tumoren. In letzter Zeit wurden Carcinome mit Röntgenstrahlen und Mesothorium behandelt. Zum Schluß folgen einige das Gesagte erläuternde Krankengeschichten. *Jaeger* (München).

Laquerrière, A., La radiothérapie du fibrome uterin. (Die Radiotherapie der Uterusfibrome.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 22, S. 444—446. 1913.

Bei Frauen unter 40 Jahren empfiehlt Verf. die Röntgentherapie nicht, da sie doch ohne Wirkung sei. Bei Frauen über 45 Jahre ist Amenorrhöe in 3—4 Monaten im

allgemeinen zu erzielen; zwischen 40 und 45 Jahren sind die Resultate wechselnd. Man kann zwar Amenorrhöe erreichen, doch ist diese nur selten von Dauer. *Lembcke.*

Meyer, Fritz M., Zur Frage der röntgenrefraktären Fälle. Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 598—604. 1913.

Röntgenrefraktäre Fälle nehmen an Zahl erheblich ab, einmal infolge zunehmenden Verständnisses für biologische Eigenschaften der Röntgenstrahlen, dann infolge der Möglichkeit der Kombination der Röntgenstrahlen mit anderen physikalischen Heilmethoden bzw. mit chemischen Stoffen, welche die Strahlenwirkung zu steigern vermögen. Die Ausschaltung der weichen Strahlen, ausschließliche Anwendung der mittelharten und harten Strahlen sowohl für Oberflächen- und Tiefentherapie mit und ohne Filter, Anämisierung und Kompression der Haut, Zuhilfenahme der Hochfrequenzströme (H. E. Schmidt und Christof Müller), Kombination von Quecksilberlicht mit Röntgenstrahlen (H. E. Schmidt) und die Steigerung des Strahleneffektes durch fluorescierende Substanzen (Jodelbauer, Tappeiner) und Cholinsalze (Werner und Asche) haben die nicht unbedeutende Zahl der Versager wesentlich reduziert. *Dorn.*

Aimes, A., L'utilisation de l'héliothérapie après les interventions. (Die Nutzbarmachung der Heliotherapie nach [chirurgischen] Eingriffen.) Progr. méd. Jg. **44**, Nr. 22, S. 288—289. 1913.

Ob die Heliotherapie alles halten wird, was man sich zurzeit von ihr verspricht, erscheint Verf. noch zweifelhaft. Seiner Ansicht nach kommt es jetzt darauf an, die Grenzen dieser Heilmethode festzulegen, dadurch, daß man die Indikationen nach der einen oder anderen Richtung erweitert, demgegenüber aber diejenigen ausschaltet, bei denen kein Nutzen, aber Schaden zu erwarten ist. Im einzelnen bespricht er die Erfolge, welche durch die Sonnenbestrahlung erzielt werden, wenn man sie als Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen anwendet. So soll man operativ angegangene tuberkulöse Drüsen- und Knocheneiterungen intensiv besonnen, ebenso tuberkulöse Empyeme nach der Rippenresektion und Peritonitiden nach der Laparotomie. Aber auch nicht tuberkulöse Prozesse werden sehr gut durch die Besonnung beeinflußt (Osteomyelitis, Phlegmonen, gespaltene Abscesse und schwere Weichteilverletzungen); verzögerte Konsolidation bei Frakturen wird beschleunigt, Plastiken heilen besser ein, Granulationen vernarben schneller. Unter der Wirkung der Sonnenstrahlen erzielt man weiche gleichmäßig feste Narben. — Keloide werden durch sie vermieden, schon bestehende erweicht. *Posner* (Heidelberg).[CH]

Wickham, Louis, Allgemeine histologische Veränderungen der Gewebe unter dem Einfluß der Strahlenwirkung. (*Biol. Radiumlaborat., Paris.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 22, S. 1006—1008 u. Nr. 23, S. 1058—1062. 1913.

Ausführliches Referat über die Einwirkung aller Arten von Strahlen auf die Gewebe (Sonnenlicht, Finsenlicht, Röntgen-, Radium- und Mesothorstrahlen). Es wird erst die Beeinflussung gesunden Gewebes, dann die pathologischer Gewebe geschildert, und zwar der malignen Tumoren, der Läsionen der hämatopoetischen Organe und des Blutes, der Gefäßtumoren, der Keloide und der Hauttuberkulose. *Fleischmann.*[M]

Joseph, Eugen, Der gegenwärtige Stand der Hyperämiebehandlung. Therap. d. Gegenw. Jg. **54**, H. 6, S. 241—253. 1913.

Joseph, bekannt durch sein viel Originelles bringendes Lehrbuch der Hyperämiebehandlung, einer wertvollen Ergänzung des Bierschen Originalwerkes, bespricht in dem gegenwärtigen Artikel die theoretischen Grundlagen und praktischen Ergebnisse der passiven Hyperämie durch Binde und Saugglas und der aktiven Hyperämie durch das Heißluftbad. Nach eigenen Erfahrungen empfiehlt er, bei kleinen wenig ausgebreiteten und peripher gelegenen Infektionen, wie Paronychien, die Stauungsbinde näher dem Infektionsherd anzulegen, als man es bisher getan. Der Geübte kann bei frischen Infektionen im Beginn der Stauzeit zweckmäßig viel länger stauen als Bier ursprünglich angegeben. J. hat mit großem Erfolge bei oberflächlichen Affektionen oder bei Gegenwart größerer Wunden bis zu 5 Tagen ununterbrochen gestaut. Den Maßstab für die anzuwendende Stauungsdauer bildet die Stärke des Ödems. Die Stauungsbinde soll angewendet werden bei tieferen und umfangreichen Prozessen, die Saugapparate bei oberflächlichen und weniger ausgedehnten. Doch verlangt der Wechsel der Situation bisweilen auch einen Wechsel oder eine Kombination der

Therapie. Für Heißluftbäder ist der ursprüngliche durch Gas- oder Spiritusflamme geheizte Holzkasten Biers besser als die neueren elektrischen Apparate, weil in ihnen die heiße Luft nicht stagniert. Verf. geht dann noch auf die allgemeinen Indikationen und Kontraindikationen ein. Wo ein funktioneller oder kosmetischer Erfolg, eine bedeutende Abkürzung oder größere Annehmlichkeit des Heilverfahrens zu erwarten steht, lohnt sich die meist nicht unbedeutende Bemühung, zu hyperämisieren.

Baruch (Breslau).[CH]

Alquier: La femme à Vichy. L'idéal de la thérapeutique vaginale alcaline réalisé par la nouvelle douche en hamac. (Die Frau in Vichy. Das Ideal einer vaginalen Behandlung mit alkalischen Spülungen im „Hängemattenstuhl".) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 26, S. 524—525. 1913.

Die Wässer von Vichy eignen sich sehr gut zur lokalen Behandlung bei gynaekologischen Erkrankungen wie Fluor, Amenorrhöe, Dysmenorrhöe, Adnexerkrankungen usw. Um diese Applikation bequem zu ermöglichen, wird ein dreiteiliger Stuhl empfohlen, der in den üblichen Badewannen angebracht, die Patientin in einer Lage wie in einer Hängematte hält, mit ins Wasser eingetauchtem Becken. Unter Wasser wird dann die Scheidenspülung ausgeführt. Dadurch ist eine Kombination von Sitzbad und Scheidendusche möglich. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

● **Winternitz, Wilhelm, Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. Vorträge für praktische Ärzte und Studierende. Faks.-Abdr. d. 1. Aufl. vom Jahre 1877.** Wien u. Leipzig: Heller. 1912. X, 492 S. M. 20.—.

Das vorliegende Werk ist der Faksimileabdruck der ersten Auflage vom Jahre 1877 des unterdessen vollständig vergriffenen Werkes. Winternitz baut die theoretischen Grundzüge der Hydrotherapie auf Grund der damals zur Verfügung stehenden einfachen physiologischen Untersuchungsmethoden auf, gibt eine genaue Beschreibung der einzelnen hydrotherapeutischen Maßnahmen und begründet im letzten Teil ausführlich seine Anschauung vom Fieber als einer Wärmeretention und seine darauf bauende Therapie. Von speziell gynaekologischen Behandlungsvorschriften seien folgende erwähnt: Heiße Sandsäcke, abends aufs Kreuz aufgelegt, als Behandlung von Amenorrhöe und in der Geburt von Wehenschwäche und mangelhafter Rückbildung des Uterus in der Nachgeburtsperiode, kalte Umschläge aufs Kreuz und kräftiger kalter Wasserstrahl auf die Unterbauchgegend ebenfalls als Behandlungsmittel der Wehenschwäche. Kurze kalte Sitzbäder (7—14° C), Dauer 5—15 Minuten, werden empfohlen gegen Prolaps, Amenorrhöe und Fluor bei Anämischen. Diese Anwendungsform ist kontraindiziert bei Metrorrhagien und Menorrhagien. Langdauernde kalte Sitzbäder (11—18° während 30—60 Minuten) finden Anwendung bei Darm-, Harnröhren- und Blasenblutungen, bei chronischen Adnexentzündungen, Periproktitis und Periurethritis. Heiße Sitzbäder (23—38° C, Dauer 1—2 Stunden) bewährten sich bei Dysmenorrhöe. Die temperierten Sitzbäder (18—25° C) bei chronischer Gonorrhöe, „Metritis und Ovarialreizung". Die hydrotherapeutischen Maßnahmen sollen bis zum Eintritt der Periode fortgesetzt werden und während dieser nur ausgesetzt werden, wenn eine spezielle Indikation zur Fortsetzung der Wasserbehandlung vorliegt. Dazu gehört das Fieber. Jedes Fieber bei Infektions- und auch bei der Puerperalerkrankung soll von Anfang an durch hydrotherapeutische Maßnahmen coupiert werden. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Trebing, Johannes: Über Eisen-Jodocitin und Eisen-Bromocitin sine et cum Arsen. (*Klin.- u. Poliklin. f. Frauenleid. u. Geburtsh. v. Prof. v. Bardeleben, Berlin.*) Zentralbl. f. d. ges. Therap. Jg. **31,** H. 7, S. 337—341. 1913.

Die Wirkung des Eisens bei chlorotisch-anämischen Zuständen kann beträchtlich verstärkt werden durch gleichzeitige Arsengaben, während Arsen allein keine besondere Wirkung ausübt. Arsenwirkung unbekannt. Empirisch festgestellt ist, daß auf Anwendung Vermehrung der Erythrocyten, Fettansatz, Körpergewichtszunahme, blühendes Aussehen folgt. Theorien: Anregung der Oxydation des Stoffwechsels, größere Zufuhr der Nährflüssigkeit infolge Erweiterung der Capillaren, „Mobilisierung von atomistischem Sauerstoff" bei Umwandlung von arseniger Säure in Arsensäure und umgekehrt, Eiweißsparung und Vermehrung des Fettgehaltes. Verf. empfiehlt Anwendung der Kombinationspräparate Eisen-Jodocitin (cum arsen)

und Eisen-Bromocitin (cum arsen) der Firma Dr. Max Haase & Co. Zu der Regeneration des Blutbildes gesellt sich die Jod- resp. Bromwirkung. *L. Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Bernoulli, E.: Neuere Arbeiten über die Wirkung der wichigsten Opiumalkaloide und ihrer Kombinationen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43,** Nr. 29, S. 903—911. 1913.

Übersichtsreferat.

Issekutz, B. v., Über das Gesetz Bürgis von den Arzneikombinationen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Kolozsvár.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **151,** H. 7—10, S. 456—478. 1913.

Verf. zeigt an verschiedenen Beispielen, daß die bekannte Lehre Bürgis von der Potenzierung, bzw. Addierung der Wirkung von zwei miteinander kombinierten chemischen Agenzien allgemeine Gültigkeit nicht beansprucht. Dies wird an dem Beispiel des Chinins in Kombination mit salicylsaurem Natron und dem Strychnin in Kombination mit dem Pikrotoxin von neuem demonstriert. Obwohl diese beiden Substanzen sicher verschiedenen Untergruppen angehören, läßt sich eine Wirkungssteigerung über das arithmetische Mittel hinaus nicht nachweisen. Zum Schluß beschäftigt sich Verf. mit den Untersuchungen Zorns, dessen Schlußfolgerungen bezüglich des Synergismus der Lokalanästhetica er nicht folgen kann. *Kochmann.*[M]

Allgemeine Chirurgie:

Walker, J. T. Ainslie, The standardization of disinfectants. (Die Musterung von Desinficientia.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3,** Nr. 1, S. 21—24. 1913.

In der letzten Zeit hat sich unter den Medizinern und Hygienikern Kanadas die Überzeugung Bahn gebrochen, daß irgendeine Form offizieller Kontrolle über die Anfertigung und den Verkauf von Desinfizientien ein dringendes Bedürfnis ist. Walker empfiehlt die von ihm mit Rideal ausgearbeitete Methode. Sie besteht darin, daß die bactericide Kraft eines Desinfiziens durch Vergleich mit einer 1 proz. Standardlösung von Phenol direkt gemessen wird. Die Konzentration der Mittel, welche Typhusbacillen in gleicher Zeit vernichtet, ergibt den Koeffizienten nach Rideal-Walker. *Gebele* (München).[CH]

Winterstein, Hans, Beiträge zur Kenntnis der Narkose. Mitteilg. 1. Kritische Übersicht über die Beziehungen zwischen Narkose und Sauerstoffatmung. (*Physiol. Inst., Univ. Rostock.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **51,** H. 3, S. 143—170. 1913.

In vier gesonderten Kapiteln werden die bis jetzt von den verschiedensten Autoren vorliegenden Ansichten über die Beziehungen zwischen Narkose und Sauerstoffatmung erörtert und einer Kritik unterzogen. Der erste Teil behauptet enge Beziehungen zwischen den Erscheinungen der Narkose und der Erstickung an der Hand eines umfangreichen Untersuchungsmaterials an Tieren und Pflanzen. Der zweite Teil erörtert die Hypothesen, die zur Klärung dieses Zusammenhanges aufgestellt wurden. Und Winterstein kommt da zu dem Schluß, daß eine Oxydationshemmung durch die Narkotica nicht bestehe, und daß man darum sie auch nicht für die eigentliche Ursache der Narkose ansehen dürfe. Das dritte Kapitel bringt Tatsachen, die sicherstellen sollen, daß die Lähmung in der Narkose nicht an den Ablauf von Oxydationsprozessen gebunden ist, also auch mit der Oxydationshemmung nichts zu tun habe. Der Beweis wird dadurch erbracht, daß auch anoxybiotisch lebende Organismen ebensogut narkotisierbar sind wie oxybiotische und dazu noch mit fast den gleichen Dosen. Nur die Zeiten des Eintritts sind länger wegen der erschwerten Diffussion durch die dicke Kutikularsubstanz. Das vierte Kapitel dient der Bestätigung der zuerst von Cl. Bernhard über die Narkose aufgestellten Behauptung, daß jene ein im wahrsten Sinne des Wortes allgemein physiologischer Vorgang sei, von dem bis jetzt keine Ausnahme bekannt sei, während die Erscheinungen der Asphyxie durch O_2-Mangel doch nur auf den Kreis der oxybiotischen Organismen beschränkt seien. Trotzdem in der Praxis die Erscheinungen der Narkose und Asphyxie auf einen innigen Zusammenhang beider vielleicht hindeuten, sprechen doch die Versuche dagegen und für die oben erwähnte Ansicht. Die Oxydationshemmung ist daher nur eine Teilerscheinung der Narkose, die selbst

den allgemeineren Vorgang darstellt, dem möglicherweise auch die Asphyxie anzugliedern wäre. *Weichert* (Breslau).CH

Crile, George W.: Anaesthesia and anoci-association. (Narkose und Anoci-Assoziation.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 6, S. 627—631. 1913.

Die Narkose muß während der Operation jeden Reiz auf das Zentralorgan, sei es einen lokal, sei es einen allgemein wirkenden, ausschalten. Zu diesem Zwecke wird eine Kombination von Scopolamin-Morphiuminjektion und Inhalationsnarkose bzw. Lokalanästhesie empfohlen. Speziell für Laparotomien empfiehlt Verf. eine schichtweise Infiltration der Haut und Fascie mit 1 : 400 Novocainlösung. Der sofortige Eintritt der Anästhesie wird durch Druck mit der Hand auf die injizierte Stelle erzielt. Schließlich wird das Peritoneum ebenso injiziert, eröffnet, und dann mit einer $^1/_2$ proz. Lösung von Chinin und Harnstoffhydrochlorid infiltriert, eventuell auch noch die Mesoappendix, die Basis der Gallenblase, der Uterus, das Lig. rotundum und Lig. latum und sonstige in Betracht kommende Peritonealpartien. Dabei wird eine vollkommene Entspannung erzielt und eine von Nachwirkungen freie Rekonvaleszenz, wie an Statistiken von Fällen gezeigt wird, die mit Äther und Stickoxydul auf der einen Seite, und solchen, die mit Anoci-Assoziation auf der anderen Seite injiziert wurden. Dieselben günstigen Erfolge wurden auch bei Thyreoidektomie wegen Basedow beobachtet. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Clausen, Zur Catgutfrage. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 19, S. 505—506. 1913.

Wendet sich gegen gewisse neue Bestrebungen, entjodete Catgutfäden für klinische Zwecke in den Handel zu bringen. Er weist auf die von Behring und Kuhn studierten Jodwirkungsarten hin und erinnert daran, daß Jod auf Resorptionsvorgänge, Bewegung der Leukocyten Einfluß hat, anregend wirkt und im Catgutfaden zum Dauerantisepticum wird. Jod muß allerdings, was Kuhn zur Voraussetzung bei seinem Verfahren gemacht hat, in chemischer Bindung an die Eiweißkörper vorhanden sein und darf nicht frei und in großem Überschuß auftreten. Deshalb ist es falsch, das im Catgutfaden gebundene Jod zu entfernen. *Schlender* (Ostrowo).CH

Göbell: Direkte Bluttransfusion. (Med. Ges. Kiel, Sitz. vom 8. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 28, S. 1574. 1913.

Verf. hat die Bluttransfusion nach Hotz angewandt (Vernähung des Querschnittes der Art. radialis des Spenders mit dem Querschnitt der Vena mediana cubiti des Empfängers mittels Carrelscher Gefäßnaht). Er hat diese Methode bei sekundären Anämien nach starken Blutverlusten im ganzen 9 mal ausgeführt. Der Spender wurde vorher genau auf seinen Gesundheitszustand untersucht; falls notwendig, auch die Wassermannsche Reaktion vorgenommen. Spender und Empfänger waren 30—55 Minuten miteinander verbunden. Eine Schädigung wurde bei keinem von beiden beobachtet. Einmal gelang die Transfusion nicht. Unter den 9 Fällen war das Resultat 5 mal gut. Er hält das Verfahren unbedingt gut für weitere Nachahmung. *Runge* (Berlin).

König, Fritz, Umführungszange für den Draht oder die Giglisäge bei Knochenoperationen. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 22, S. 861—862. 1913.

Die Branchen der Zange sind halbkreisförmig über die Kante gebogen und sollen in der Lage sein, kräftig zufassen zu können. Sie soll deshalb für die Umführung der Giglisäge besser geeignet sein als der schwanke Deschamps, besonders aber auch deshalb, weil sie die Säge unmittelbar faßt und nicht durch Vermittelung eines Fadens, wie der Deschamps. Auch Drahtenden, welche bei der Knochennaht an der abgewendeten Seite des Knochens aus dem Bohrloch austreten, können mit ihr gut hervorgezogen werden. *Schultze* (Posen).CH

Scalone, Ignazio: Guida allo studio della infiammazione. (Führer beim Studium der Entzündung.) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. Nr. **21**, S. 492 bis 495. 1913.

Klinischer Vortrag. Nach einer Übersicht über die verschiedenen Lehren der großen pathologischen Schulen: Humoralpathologie, Virchow, Cohnheim, D' Antona, Durante, kommt Verf. zu folgender Definition der Entzündung: „Die Entzündung ist derjenige komplizierte Prozeß, welcher irgendeiner gewebsschädigenden Ursache folgt und welcher dahin zielt, mittelst cellularer und vasculärer Prozesse, die schädigenden Agenzien zu unterdrücken und die vorgekommenen Läsionen zu reparieren.“ *Monnier* (Zürich).CH

Kaposi, Hermann, Diabetes und Chirurgie. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6**, S. 52—75. Berlin, Springer. 1913.

Eine genaue Urinuntersuchung ist vor jeder Operation unerläßlich. Man muß jedoch auch bei negativer Zuckerprobe auf anamnestische Angaben, Heredität, familiäre Verhältnisse sowie auf die verschiedenen auf Diabetes hindeutenden Symptome sorgfältig achten. Es können gelegentlich kleine Zuckermengen bei der Untersuchung übersehen werden, und Koma kann dann unerwartet auftreten. Bei der Begutachtung von Trauma und Diabetes ist äußerste Vorsicht geboten. Ein echter posttraumatischer Diabetes ist bisher in keinem einzigen Falle strikte bewiesen worden, hingegen besteht zweifellos ein häufiger Zusammenhang zwischen Trauma und transitorischer Glykosurie. Bei tadelloser Asepsis heilen Wunden und subcutane Verletzungen bei Diabetes genau so gut wie bei nicht Diabetischen. Hingegen sind Diabetiker einer Infektion gegenüber besonders widerstandslos. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um eine Herabsetzung der lokalen zellulären Immunität. Vor jeder Operation sollte, wenn die Zeit es erlaubt, geprüft werden, ob es sich um einen leichten, mittelschweren oder schweren Fall von Diabetes handelt. Rosers alter Standpunkt, bei Diabetikern jede Operation grundsätzlich zu vermeiden, gilt heute als verlassen. Diabetes gilt allerdings auch heute als Kontraindikation, aber unter gewissen Bedingungen ist ein operativer Eingriff dennoch erlaubt bzw. geboten. Jeder Notfall ist umgehend zu operieren, welche Form von Diabetes auch immer vorliegen mag. Ist ein Aufschub möglich, so soll der Patient zuerst entzuckert werden. Gelingt das nicht, so kommen nur Palliativoperationen in Frage. Entzündliche eiterige Prozesse sind nach den allgemeinen Regeln zu behandeln, d. h. es sollen so schnell wie möglich breite, ausgiebige Incisionen gemacht werden. Bei diabetischer Gangrän lassen sich allgemeingültige Regeln nicht geben. Bei trockner Gangrän kann die Demarkation abgewartet werden, feuchte ist sofort zu amputieren, je höher, desto sicherer. Zur Prophylaxe des Coma diabeticum sind hohe Natrondosen, in irgendwelcher Form einverleibt, unbedingt zu empfehlen. Ist das Koma einmal da, so ist wohl jede Therapie machtlos. *Wolfsohn* (Charlottenburg).[CH]

Crile, George W., The identity of cause of aseptic wound fever and so-called post-operative hyperthyroidism and their prevention. (Die ursächliche Identität des aseptischen Wundfiebers und des sog. postoperativen Hyperthyreoidismus und deren Verhütung.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 5, S. 648 bis 652. 1913.

Nach Crile kann eine Erschütterung des Zentralnervensystems durch psychische und mechanische Reize den normalen Ablauf des Energieumsatzes in Arbeit und Wärme derart stören, daß Temperaturstörungen zustande kommen (Kaninchenversuch, Besuchsfieber der Patienten). Er faßt daher die postoperativen Temperatursteigerungen, bei denen Infektion ausgeschlossen werden kann, auf als eine Folge der psychischen und mechanischen Reize, die vor, während und nach der Operation das Gehirn des Patienten treffen. Der postoperative Hyperthyreoidismus ist nur graduell verschieden; er ist bedingt durch die allgemeine Herabsetzung der Reizschwelle bei den Basedowkranken, was eine viel stärkere Reaktion auf die durch die Operation zugeführten Reize zur Folge hat. Die Hauptstütze für diese Anschauung sieht Crile darin, daß durch Anwendung der sog. Anoci-Assoziation, der Kombination von Morphinpräparaten, Allgemeinnarkose und Lokalanästhesie, wodurch vor und während der Operation fast sämtliche Reize vom Gehirn ferngehalten werden, die postoperativen Erscheinungen verhindert oder doch auf ein Minimum reduziert werden können.

Jüngling (Tübingen).[CH]

Leale, Medwin, Thrombophlebitis of the external iliac vein. (Thrombophlebitis der Vena iliaca externa.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 20, S. 1523—1526. 1913.

Als Ursachen der Thrombophlebitis erwähnt der Verf. die Toxämie, Bakteriämie und mechanische Momente, die zur Kompression der Venen und zur Verlangsamung des Blutstroms führen. Das häufigere Vorkommen der Thrombose in der linken Vena iliaca wird erklärt durch ihre anatomischen Beziehungen zur begleitenden Arterie, die eine Erschwerung der Zirkulation wahrscheinlich machen. Bei isolierter Thrombose der Iliaca ist die Diagnose anfangs nicht leicht zu stellen. Die Erkrankung setzt meist

im Gefolge an eine akute Infektionskrankheit ein mit einem dumpfen Schmerz in der Unterbauchgegend, der gelegentlich in das Bein ausstrahlt, unter plötzlichem Anstieg der Temperatur und, was besonders charakteristisch ist, unter Emporschnellen des Pulses. Der Puls sinkt bald wieder zur Norm herab. Nach 24 Stunden bildet sich oberhalb des Ligamentum Pouparti eine tastbare Resistenz, die sich bei weiterem Fortschreiten längs der Vena femoralis nach abwärts erstrecken kann. Differentialdiagnostisch wichtig ist gegenüber intraabdominalen Erkrankungen das Fehlen der Peristaltik, und Bauchdeckenspannung und die normale Zahl der Leukocyten. Die Prognose hängt ab von dem Umstand, ob der Thrombus aseptisch oder infiziert ist, ferner im weiteren Verlauf von der Fähigkeit des Organismus, Kollateralen zu bilden. Es folgt die Beschreibung eines Falles von posttyphöser Thrombose mit recht charakteristischen klinischen Erscheinungen. *Ehrlich* (Wien).[CH]

Marion, G., De la signification du hoquet post-opératoire chez les urinaires. (Von der Bedeutung des postoperativen Schluckens nach Operationen im Bereich der Harnwege.) Journal d'urol. Bd. 3, Nr. 5, S. 581—590. 1913.

Marion beobachtete quälendes postoperatives Schlucken in 6 Fällen im Anschluß an Operationen im Bereich der Harnwege. Der erste seiner Fälle, eine Prostatektomie, endete trotz Anwendung von Narkoticis letal. Die übrigen 5 Fälle (3 Prostatektomien, eine doppelseitige Nephrostomie + Cystektomie, eine Pyelotomie bei Hufeisenniere) verliefen unter Anwendung von flüssiger stickstoffarmer Diät günstig. M. sieht das postoperative Schlucken als ein Zeichen von Stickstoffintoxikation an, hervorgerufen durch eine Harnstoffüberladung des Blutes. Daß dieses Schlucken sich hauptsächlich bei Kranken mit Affektionen im Bereich der Harnwege einstellt, ist leicht verständlich, da bei diesen die Nieren in ihrer Funktion vielfach durch längere Zeit anhaltende Erkrankungen bereits geschädigt sind. Die Harnstoffbestimmungen des Blutes nach und vor der Operation bei derartigen Kranken ergaben eine wesentliche Steigerung des Harnstoffes, in einem Fall bis 4,20 g. Therapeutisch kommt deshalb hauptsächlich eine flüssige, vorzüglich stickstoffarme Diät (Wasser, Fruchtkompott u. dgl.) in Frage. Morphium ist wegen der ungünstigen Wirkung auf die Nieren zu vermeiden. Günstigen Erfolg sah M. von ätherischer Tinct. Valer., 2stündl. 5 Tropfen, und ebenso auch von Veronal. *Münnich* (Erfurt).[CH]

Beckman, E. H., Complications following surgical operations. A report of the complications and deaths in a series of 5835 surgical operations. (Komplikationen im Anschluß an chirurgische Operationen. Bericht der Komplikationen und Todesfälle unter 5835 chirurgischen Operationen.) (*St. Marys hosp.*) Ann. of surg. Bd. 57, Nr. 5, S. 718—729. 1913.

Die erstaunliche Größe des Materials der Gebrüder Mayo geht aus dem Bericht Beckmans hervor. Die Gesamtzahl der Operationen im Jahre 1912 war 8703, die der Todesfälle 119. An Patienten wurden in der gleichen Zeit operiert 7053, und zwar 1218 ambulante, 5835 stationäre Kranke. B. erörtert speziell die Komplikationen der letzteren Fälle. Infektionen waren niemals auf das Nahtmaterial zurückzuführen und veranlaßten keinen Todesfall. Die größte Zahl der 111 Infektionen überhaupt folgte der Appendektomie. Als Hauptgrund der Infektion beschuldigt B. die Abtastung der ganzen Bauchhöhle von der angelegten Wunde aus, doch hält er den Wert dieser Untersuchungsmethode für höher als die Gefahr der Infektionen. Als weiteren Infektionsträger sieht Verf. den Magen- und Darmsaft bei Magen-Darmoperationen an. Eine 2. Gruppe stellen die Lungenkomplikationen dar, nämlich die Lungenembolie, die Pleuritis, die Bronchitis, die Bronchiopneumonie und die lobäre Pneumonie. Von den 89 Lungenkomplikationen schloß sich die größte Zahl der hinteren Gastro-Enterostomie an. Die Pleuritis führt B. darauf zurück, daß die postoperative Entzündung im oberen Bauchraum sich auf Zwerchfell und Pleura ausbreitet. Gegen Bronchitis empfiehlt er therapeutisch neben der aufrechten Lagerung des Pat. Zufuhr von frischer Luft, lokaler Wärmeapplikation, Atropin. Die croupöse Pneumonie wird nach B. durch

septische Emboli veranlaßt, das Anaestheticum, fast ausschließlich Äther, habe keinen der 6 Todesfälle verschuldet. Die Thrombophlebitis, die 3. Gruppe der Komplikationen, war 12 mal von 16 Fällen überhaupt in der linken Vena femoral. bzw. saphena nachweisbar. Sog. reine Fälle neigen hierzu mindestens ebenso wie infizierte Patienten. Die meisten Laparotomierten wurden 8—12 Tage im Bett gehalten, nur Patienten mit einfacher Appendektomie durften am 6. oder 7. Tag nach der Operation aufstehen. An postoperativen Komplikationen wurde ferner 3 mal ein urticariaähnlicher Hautausschlag, 4 mal Epididymitis und Orchitis, einmal eine akute Dilatation des Magens beobachtet. Letztere läßt sich nach B. durch frühzeitige und häufige Magenspülung, sobald der Patient Erbrechen zeigt, umgehen. Vereinzelt wurde Scharlach, Gelenkentzündung, allgemeine Furunculosis und Perinealabsceß konstatiert, 3 mal entwickelte sich eine Tonsillitis im Anschluß an die Operation. *Gebele* (München).[CH]

Hill, Charles A., Report on the use of pituitary extract (pituitrin) in surgical shock. (Bericht über die Anwendung von Hypophysenextrakt, Pituitrin, bei chirurgischem Shock.) Boston. med. a. surg. journal Bd. **168**, Nr. 20, S. 720—722. 1913.

Hill empfiehlt die subcutane Verabreichung von Pituitrin. Die Wirkung sei unverkennbar und bestehe in der kurz darauf einsetzenden Erhöhung des Blutdrucks. Er gibt den Extrakt allen Patienten, bevor sie das Operationszimmer verlassen, namentlich nach Laparotomien. Es habe übrigens auch eine peristaltikanregende Wirkung. *Hirschmann* (Berlin).[CH]

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Samelson, S.: Über die Dungernsche Syphilisreaktion bei Lues congenita. (*Univ.-Kinderklin., Straßburg.*) Zeitschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **8**, H. 2, S. 155 bis 160. 1913.

Verf. prüfte die Dungernsche Syphilisreaktion an dem Material der Freiburger Kinderklinik an Fällen von angeborener Lues. Die Ausführung der Reaktion geschah genau nach der Dungernschen Vorschrift. Zugleich wurde das Resultat mit dem des Originalwassermann verglichen, besonders auch in den Fällen, wo die Untersuchung an luesverdächtigen Kindern ausgeführt wurde. Unter 20 Fällen von sicherer Lues oder Luesverdacht war die Dungernsche Reaktion jedesmal in Übereinstimmung mit dem Originalwassermann und den klinischen Erscheinungen positiv. In 10 luesverdächtigen Fällen waren beide Reaktionen negativ, ebenso bei vier gesunden Kindern. In einem Fall bestand eine Differenz der beiden Reaktionen, indem der Originalwassermann positiv, Dungern negativ war. Es handelte sich um eine eitrige Meningitis, bei der nach Verf. Ansicht der Originalwassermann versagte. Verf. empfiehlt die Dungernsche Reaktion, besonders auch für den praktischen Arzt wegen ihrer Einfachheit und rügt die nur wöchentliche Lieferung der Reagenzien durch die Fabrik. *Hornemann.*[K]

Rist, E., et M. Léon-Kindberg, Étude d'anatomie et de physiologie pathologiques sur la dégénérescence amyloïde des reins chez les tuberculeux. (Anatomische und physiologisch-pathologische Studie über die Amyloiddegeneration bei Tuberkulösen.) (*Hôp. Laënnec.*) Journal d'urol. Bd. **3**, Nr. 5, S. 561—580. 1913.

Zur Untersuchung wurden nicht die Fälle von massiver Amyloidentartung der Niere herangezogen, die übrigens selten sind, denn unter 130 Tuberkuloseautopsien wurde sie nicht einmal von den Verff. beobachtet, sondern die beginnende Amyloidose, und zwar urologisch sowie histologisch. Zur Prüfung des funktionellen Nierenwertes wurden die Mengen des Harnstoffs einerseits im Serum, andererseits im Urin verglichen. Die Konstante der Harnstoffausscheidung wurde mit dem Amhardschen Koeffizienten bestimmt. Der Harnstoff des Serum wurde mit der Widal-Rochèseschen Technik oder mit Trichloressigpräzipitation bestimmt. Für die Chlorverbindungen wurde in der gleichen Weise gearbeitet, die Mengen derselben im Serum nach Ambard und Weil bestimmt. Histologisch wurden die Schnitte nach Fixierung in alkoholischer Lösung und Färbung mit Pariser Violett in Zuckersirup eingebettet, untersucht. Unter

genauer Mitteilung von 12 Beobachtungen ergibt sich den Verff. folgendes: Bei chronischer Lungentuberkulose tritt die Nierenamyloidose häufig ganz spärlich auf erst, nachdem die anderen Organe, Leber, Nebenniere usw. bereits hochgradig befallen sind. Die Lokalisation der Amyloiddegeneration ist unabhängig von vorhergehender entzündlicher Läsion, sie ist als Ausdruck einer tiefgreifenden Alteration des Blutes zu betrachten. Außer Albuminurie und gelegentlich Polyurie findet sich kein klinisches Zeichen der Nephritis, wenn keine sonstige chronische Nierenläsion besteht. Eigentümlich ist die geringe Harnstoffmenge im Serum; die der Chlorverbindungen steht unter der Schwelle des Normalen, die Konstante von Ambard ist sehr gesunken, was anscheinend eine Alteration des Konzentrationsvermögens der Niere anzeigt. Unter sorgfältiger Würdigung etwaiger kadaveröser Veränderungen ergibt das histologische Studium eine Hypertrophie der Rindentubuli als Ausdruck der Hypersekretion. Praktisch erlauben die urologischen Syndrome bereits vor Beginn der starken Ödeme, der hochgradigen Albuminurie und der unstillbaren Diarrhöen die Diagnose auf amyloide Degeneration zu stellen. *Schmidt* (Würzburg).[CH]

Bacmeister, Das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blut. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **16**, Nr. 5/6, S. 511—518. 1913.

Kurze kritische Besprechung der bisherigen Publikationen. Verf. ist der Ansicht, daß die mittels des Stäubli-Schnitterschen Verfahrens im Blutausstriche dargestellten Gebilde keine Tuberkelbacillen zu sein brauchen und begründet seine Ansicht 1. durch Verf. und Ruebens Untersuchungen (Nachweis typischer säurefester Bacillen bei sicher nicht tuberkulös erkrankten Menschen und sicher nicht tuberkulösen Kaninchen und 2. aus der in den bisherigen Arbeiten bestehenden Differenz der Ergebnisse zwischen Nachweis der Bacillen im Ausstrichpräparate und im Tierversuch. *Fromme* (Göttingen).[CH]

Blöte, H. W., Tuberkuloseimmunität durch natürliche Zuchtwahl. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. **20,** H. 2, S. 151—158. 1913.

Verf. formuliert die Beziehungen der Heredität zur Tuberkulose in dem Sinne, daß nicht die Disposition zum Erkranken vererbt wird, sondern daß der Mensch durch Anpassung und Vererbung die Fähigkeit erworben hat, auf zweckentsprechende Weise dem Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses Maß und Ziel zu setzen. *Harms.*[M]

Austrian, Charles R., Hypersensitiveness to tuberculo-protein and to tuberculin. (Überempfindlichkeit gegen Tuberkulo-Protein und Tuberkulin.) (*Res. laborat. of the Phipps dispens. f. tubercul., Johns Hopkins univ.*) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **24**, Nr. 267, S. 141—147. 1913.

Auf Glycerinbouillon gewachsene, gewaschene, durch Erhitzen auf 60° C abgetötete und im Vakuum getrocknete Tuberkelbacillen vom Typus humanus wurden zu einem feinen Pulver zerrieben und dieses bei 55° C durch 2—3 Tage mit destilliertem Wasser ausgezogen. Die durch Berkefeldkerzen filtrierte Extraktionsflüssigkeit (Tuberkulo-Protein) enthielt im ccm 0,005—0,009 g alkoholfällbares Eiweiß; sie vermochte in manchen Fällen schon in Dosen, welche 0,0005 g Eiweiß entsprachen, Meerschweinchen zu sensibilisieren, besser wirkten 0,003 g, regelmäßig erst 0,008 g Tuberkulo-Protein. Die Inkubation betrug 14—23 Tage; zur Auslösung des akuten Shocks genügte die postorbitale, intravenöse oder intrakardiale Reinjektion von 0,008 g bei 87,5% der Versuchstiere, bisweilen reichten auch schon 0,0025—0,005 g bei hochgradig anaphylaktischen Meerschweinchen aus. Tägliche oder in kurzen Intervallen ausgeführte Tuberkulo-Proteininjektionen erzeugten einen refraktären Zustand. Die Überempfindlichkeit ließ sich passiv homolog und heterolog übertragen; auch war Vererbung von der Mutter auf die Jungen nachweisbar. Tuberkulo-Protein sensibilisierte auch gegen albumosefreies Tuberkulin und umgekehrt; ebenso gelang es mit einem aus Alt-Tuberkulin hergestellten Präparat, gegen albumosefreies Tuberkulin zu präparieren. Versuche, mit Tuberkulo-Protein oder albumosefreiem Tuberkulin zu sensibilisieren und mit Alttuberkulin Shock auszulösen, konnten wegen der primären

Toxicität des letzteren nicht ausgeführt werden. Da aber auch tuberkulöse Meerschweinchen gegen Tuberkuloprotein (in vereinzelten Fällen) anaphylaktisch waren, so glaubt sich der Autor zu dem Schlusse berechtigt, daß das wirksame Prinzip des Tuberkulins Tuberkelbacillenprotein und die Tuberkulinreaktion ein anaphylaktisches Phänomen ist. *Doerr* (Wien).[M]

Allgemeines über Geschwülste:

Chisolm, R. A.: Note on the nitrogen content of malignant tumours in man. (Mitteilung über den Stickstoffgehalt menschlicher maligner Tumoren.) (*Guys hosp., London.*) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17,** Nr. 4, S. 606—608. 1913.

Es ergab sich, daß der Stickstoffgehalt des frischen Tumorgewebes geringer ist als in allen übrigen Körperorganen mit Ausnahme der Niere. Auf die Trockensubstanz berechnet ergab sich bei 4 unter 10 untersuchten Fällen dasselbe Resultat. 2 Fälle zeigten eine nur mäßige Verringerung, die anderen 4 Fälle ergaben überhaupt keine wesentlichen Unterschiede. *Lewin* (Berlin).[M]

Rosenberg, Max, Zur Frage der serologischen Carcinomdiagnostik. 2. Die Meiostagminreaktion. (*Charité, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 20, S. 926—928. 1913.

Die künstlichen Präparate, die Ascoli und Izar bei der Meiostagminreaktion verwenden, geben klinisch brauchbare Resultate. Besonders das zuletzt eingeführte Präparat, die Ricinol-Linolsäure verbindet einfachste Herstellungsweise mit großer Spezifität und gibt große Ausschläge. Da die Zahl der Fälle noch zu gering ist, wird eine prozentuale Ausrechnung vermieden. Es scheint jedenfalls, daß sich die Meiostagminreaktion in dieser Form zu einer brauchbaren klinischen Hilfsmethode auswachsen wird. Allerdings reagieren gar nicht selten auch Seren von Lebercirrhose, Pneumonie, Tuberkulose, Gravidität, schwerem Diabetes positiv, andererseits geben manche Carcinome, besonders Hautcarcinome negative Reaktion. *Kämmerer* (München).[M]

Gordon, William, Further experience of the cardiac sign in cancer. (Weitere Erfahrungen über das Herzsymptom beim Krebs.) Brit. med. journal Nr. **2735,** S. 1152—1154. 1913.

Verf. fand bei einem großen Prozentsatz von Carcinomkranken eine beträchtliche Verkleinerung der Herzdämpfung in Rückenlage und namentlich eine große Differenz der Herzdämpfung bei aufrechter Stellung und bei Ruhelage. Als Ursache nimmt er an 1. zuweilen Herzatrophie, 2. Lungenemphysen infolge allgemeiner Elastizitätsverminderung, 3. Schlaffheit und unvollständige Füllung des Herzens. Fehlerquellen: Nierenerkrankung, Klappenfehler, phthisische oder pleuritische Lungenretraktion, Zwerchfellhochstand, retrokardiale Oesophaguscarcinome, also Ursachen, die an sich eine Vergrößerung der Herzdämpfung bedingen. Verf. sieht in seinem Herzsymptom ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose des Carcinoms, das keineswegs auf die allgemeine Abmagerung zurückzuführen ist, vielmehr bei dieser fehlt, falls sie nicht carcinomatösen Ursprungs ist. *Hochheimer* (Berlin).[CH]

Robertson, T. Brailsford, and Theodore C. Burnett, The influence of digitonin upon the growth of carcinoma. (Der Einfluß von Digitonin auf das Wachstum von Carcinom.) (*Spreckels physiol. laborat., univ. of California.*) Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med. Bd. **10,** Nr. 4, S. 143—145. 1913.

Verf. hat 166 weiße Ratten mit Flexner-Jobling-Carcinom geimpft mit 39% positiven Resultaten. Von den erfolgreich geimpften Tieren wurde ein Teil mit Digitonin, ein Teil mit einem Gemisch von Digitonin und Lecithin geimpft, ein Teil der Tiere diente zur Kontrolle. Resultat: Die mit Digitonin allein behandelten Tiere zeigten einen deutlich wahrnehmbaren Einfluß auf das Wachstum der Carcinome, die Tumoren wuchsen schneller und wurden größer. Dagegen war das Gemisch von Digitonin und Lecithin wirkungslos. Die Wirkung des Digitonins wird auf das im Digitonin enthaltene Cholesterol zurückgeführt. Das Lecithin scheint diese Wirkung zu paralysieren. *Oskar Meyer* (Stettin).[CH]

Nicholson, G. W.: Changes observed during the absorption of experimentally produced sarcomata. (Beobachtungen über die Vorgänge der Resorption

bei experimentell erzeugten Sarkomen.) (*Cancer hosp. res. inst., London.*) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17**, Nr. 4, S. 508—514. 1913.

Bei einem Rattensarkom konnte Verf. die Vorgänge bei der spontanen Resorption des Tumors eingehend verfolgen. Er fand, daß die Sarkomzellen sich entweder in ein fibröses Gewebe umwandeln, oder sie degenerieren und werden dann resorbiert. Nekrotische Prozesse finden sich in nennenswertem Grade nicht vor. Die umgebenden Gewebe lassen ein Granulationsgewebe entstehen, welches in den Tumor eindringt und seine Zellen vernichtet, zum Teil durch Phagocytose, zum Teil aber auch durch mechanische oder chemische Einwirkungen, die im mikroskopischen Bilde keinen Ausdruck finden. Blutungen in der Umgebung des Tumors unterscheiden sich nicht von denen, welche auch bei wachsenden Tumoren vorkommen. Man kann sie nicht als Ursache der Resorptionsvorgänge ansehen. Sie sind lediglich Zeichen des akuten Prozesses.

Lewin (Berlin).[M]

Williams, Major C. L.: The action of tuberculin and seleniol on mouse cancer. (Wirkung von Tuberkulin und Selen auf Mäusekrebs.) (*Cancer res. laborat., univ., Liverpool.*) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17**, Nr. 4, S. 603—605. 1913.

Beide Mittel blieben gänzlich wirkungslos. Anämie und seröse Durchtränkung sind Erscheinungen, die sich bei allen Tieren ohne Rücksicht auf die Todesursache zeigen.

Lewin (Berlin).[M]

Unterricht und Lehrmittel:

● **Hofmeier, M.: Handbuch der Frauenkrankheiten. Zugleich als 15. Aufl. des Handbuches der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Karl Schroeder.** Leipzig: Vogel 1913. XVI, 628 S. M. 14.—

Das bekannte Lehrbuch erscheint äußerlich im Gewande der letzten 14. Auflage, bei welcher seinerzeit eine vollständige Änderung und Erneuerung in dieser Hinsicht stattgefunden hatte. Die neue Auflage ist in allen Abschnitten durchgearbeitet und den inzwischen gemachten Erfahrungen und Änderungen in der wissenschaftlichen Auffassung angepaßt worden. Die Abbildungen sind um 22 vermehrt, eine Anzahl älterer außerdem durch neue ersetzt. Ein neues Kapitel „Die Röntgentherapie in der Gynaekologie“ hat Polano bearbeitet und gibt in demselben die Technik und den augenblicklichen Stand der Frage übersichtlich an. *Hammerschlag* (Berlin).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Balthazard, V.: Plaintes et poursuites criminelles contre les médecins, sages-femmes et dentistes. (Klagen und gerichtliche Verfahren gegen Ärzte, Hebammen und Zahnärzte.) Paris méd. Nr. **32**, S. 141—146. 1913.

Prozesse wegen angeblicher ärztlicher Kunstfehler haben sich in den letzten Jahren gehäuft; gleichwohl kam es zur Verurteilung nur in seltenen Fällen. Dennoch empfiehlt sich für Ärzte das Eingehen einer Haftpflichtversicherung, schon um in günstigen Fällen die Anwaltskosten zu bestreiten, die kaum jemals der verlierenden Partei aufgebürdet werden. Gemeinhin sind die Gerichtsbehörden, entgegen der weitverbreiteten Annahme, den Ärzten günstig gestimmt. So meinte ein Richter, daß jeder ärztliche Fehler, der für den Kranken schwere Folgen hatte, nicht als leichtes Versehen betrachtet werden könne. Unterlassungen von Geburtsanzeigen und Meldungen ansteckender Krankheiten sind straffällig. Meist erheben geschädigte Kranke oder Angehörige Verstorbener Anklage vor dem Strafrichter; in solchen Fällen braucht der Arzt bei ungerechtfertiger Beschuldigung nichts zu fürchten. Im Vorverfahren findet eine eingehende Untersuchung statt unter Anhörung von Sachverständigen, und in den meisten Fällen wird die Anklage fallen gelassen, ohne daß der Arzt von dem gegen ihn schwebenden Verfahren Kenntnis erhielt. Es folgen Fälle aus der gerichtsärztlichen Praxis: Chloroformtodesfälle werden immer entschuldigt, falls eine Untersuchung der inneren Organe stattgefunden hatte. Besonders interessieren die chirurgisch-gynaekolo-

logischen Fälle: Ein Arzt machte bei einer starken Uterusblutung zu heiße Ausspülungen und verbrühte Vulva und Vagina; er blieb straffrei. Hebammen, denen puerperale Infektionen öfter zur Last gelegt werden, werden entschuldigt, falls kein grober Fehler vorliegt. Eine Hebamme, der allein der Dienst in einem Hospital ohne ärztliche Kontrolle überlassen war, ließ eine Kreißende an Uterusruptur sterben; sie wurde freigesprochen, die Organisation des Hauses aber einer scharfen Kritik unterzogen. Einer Hebamme, die wegen der Ausführung einer Wendung angeklagt war, wurde das Recht, in dringenden Fällen eine solche zu machen, zugestanden. Verf. billigt dagegen nicht das Urteil eines Gerichts, das von der Hebamme auch die Naht eines Dammrisses fordert.

Rittershaus (Coburg).

Parreidt, R., Über die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 21, S. 1150. **1913.**

Verf. polemisiert mit Hahn, der die Thermokauterisation zur Behandlung von hämophilen Blutungen empfiehlt. Diese Methode des Blutstillens sei bei Zahnärzten schon lange bekannt, doch glaubt Verf. nicht, daß die Thermokauterisation ein sicheres Mittel sei zur Blutstillung bei Hämophilen. Er teilt einen Fall mit, wo die verschiedensten Mittel angewandt worden sind, die alle einmal genützt haben, zum zweitenmal aber versagt haben. Verf. erklärt das dadurch, „daß aus uns nicht bekannten Gründen bei der Anwendung irgendeines Mittels die Blutung zufällig zum Stillstand kommt"; ein Grund aber, das Thermokauter als ein besonders erfolgreiches Mittel zu empfehlen, liegt nach Verf. nicht vor. *Szécsi.*CH

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Teuffel, R.: Kraurosis und Cancroid. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 27, S. 998—1000. 1913.

Kurze histologische Beschreibung und Abbildung eines Falles von Kraurosis und Cancroid, in welchem Verf. unter dem Einflusse des der Kraurosis zugrunde liegenden, entzündlichen Prozesses eine Reduktion der epithelialen carcinomatösen Stränge zu einem zierlichen Netzwerk und eine ausgiebige Perlenbildung eintreten sah, welche Verf. geneigt ist, als parallelen Vorgang zu der Reduktion aufzufassen, wie sie unter dem Einfluß der durch radiotherapeutische Maßnahmen bewirkten entzündlichen Prozesse auftritt. *Vaßmer* (Hannover).

Hoffmann, Adolph: Beckenbruch mit Scheidenzerreißung. (Greifswalder med. Ver., Sitz. 8. II. 1913.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 26, S. 1285. 1913.

9jähriges Mädchen stürzt vom Trittbrette eines Wagens und wird von demselben so überfahren, daß das eine Vorderrad zwischen den Beinen hindurch über das Becken und den Unterbauch geht. Sofortige Einlieferung in die Klinik. Befund: Oberflächliche, beschleunigte Atmung, mäßige Blässe, aus Anus hängt Kotsäule heraus. Blutung aus Vagina. Symphysenspalt klafft dreiquerfingerbreit, rechte Seite steht höher als die linke. Bauchdecken sind nur wenig gespannt, links unten besteht Dämpfung. In Narkose: Es bestehen zwei große Scheidenrisse, links vorn und rechts hinten bis zur Portio. Ersterer führt in tiefe Höhle bis dicht unter das Peritoneum. Hintere Commissur ist vom Damm, ebenso unterer Teil der Urethra von angrenzenden Clitorispartien abgerissen. Sorgfältige Naht all der Risse, linker Scheidenriß wird leicht tamponiert. — Urin ist trübe, aber nicht blutig. Becken wird fest durch Flanellbinden fixiert. Glatter Verlauf. Becken wird durch elastische Binden immer mehr zusammengezogen. Jetzt im Röntgenbild noch Klaffen der Symphyse und Fraktur am aufsteigenden Schambeinast sichtbar. — Demonstration des Kindes, das gut geht, und dessen Scheide bis auf die glatten Narben normal ist. *Ruhemann* (Berlin).

Brouha: Un cas de confection de vagin artificiel au moyen d'une anse d'intestin grêle. (Bildung einer künstlichen Scheide aus einem Stück Dünndarm.) Scalpel et Liège méd. Jg. **65**, Nr. 48, S. 811—817. 1913.

Es handelte sich um einen angeborenen Defekt der Vagina, den Brouha auf folgende Weise reparierte. In Steinschnittlage Vordringen zwischen Blase und Rectum bis zum Peritoneum. Provisorische Tamponade dieser Wundhöhle. Laparotomie (Pfannenstiel). Isolierung eines 25 cm langen Stückes Dünndarm 30 cm von der Ileocöcalklappe entfernt. Zur besseren Mobilisierung der losgelösten Schlinge wird das Mesenterium an jeder Seite ca. 5—6 cm eingeschnitten und die Schlinge an beiden Seiten durch Tabaksbeutelnaht geschlossen. Herstellung der Kontinuität des Darmrohrs durch Vereinigung von Seit zu Seit. Eröffnung des Douglas nach der neugeschaffenen Vagina hin. Schluß der Bauchhöhle. In Steinschnittlage wird dann das mit einem in der Mitte armierten Faden versehene Dünndarmstück heruntergeholt, geöffnet und am Hymenalrand fixiert. Verlauf und Erfolg waren gut. *Wiemer* (Herne).

Scherber, G.: Weitere Mitteilungen zur Klinik und Ätiologie der pseudotuberkulösen Geschwüre am weiblichen Genitale. (*Ambulat. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. im k. k. Wilhelminenspit.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 26, S. 1070 bis 1073. 1913.

Beobachtung eines dreijährigen Kindes mit pseudotuberkulösen Geschwüren am Genitale. Verf. beobachtete diese Geschwürsform nur beim weiblichen Geschlecht und zwar nur bei Virgines. Die Erkrankung hat nichts mit Tuberkulose zu tun, es handelt sich vielmehr um klinisch und bakteriologisch gut charakterisierte Geschwürsformen. Unter Temperaturanstieg und lokaler Schmerzhaftigkeit (lebhaftem Brennen) entwickeln sich auf der Innenfläche der großen Labien, auf den kleinen Labien und in der Klitorisgegend stecknadelkopfgroße, graue Knötchen, die zerfallend follikuläre Geschwüre oder linsengroße diphtherische Beläge bilden, um sich schließlich in Ulcerationen umzuwandeln. Auf milde antiseptische Behandlung (Bäder, Trockenverband, Dermatol) heilen die Ulcera gewöhnlich in 10—14 Tagen ab. — Bakteriologisch ließen sich in allen untersuchten Fällen, abgesehen von grampositiven Kokken (Staphylococcus aureus, Streptokokkus), grampositive mittellange Bacillen feststellen. Ähnliche Formen konnte Verf. bei Entzündungen von Vulva und Vagina sowie bei Stomatitis finden. Während beim männlichen Geschlecht die vibrio- und fusiformen Bacillen häufiger sind, die zu erosiv-gangränösen Prozessen führen, scheint beim weiblichen Geschlecht (besonders in zartem, jugendlichem Gewebe) mehr die geschilderte Form günstige Infektionsbedingungen zu finden. Es kommt auch Infektion von der Mundhöhle aus in Frage. Für infektiösen Charakter der Erkrankung spricht auch der Umstand, daß die fünfjährige Schwester der Patientin 6 Wochen vorher an denselben Geschwüren gelitten hatte. *L. Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Uterus:

Bell, W. Blair: The pathology of uterine casts passed during menstruation. (Pathologie der menstruellen Abgüsse des Uterusinnern.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 651—655. 1913.

Bell bringt die Beschreibung sowie mehrere makroskopische und mikroskopische Abbildungen von während der Menstruation abgegangenen Membranen in Gestalt der Uterushöhle, um zu beweisen, daß die deciduale Reaktion derselben nicht mit der Decidua der Gravidität identisch ist. Er unterscheidet zwei verschiedene Arten solcher Abgüsse: 1. Blutkoagula, die bei Endometritis entstehen, wenn die Extraktion des Fibrinfermentes infolge der Schleimhauterkrankung oder infolge zu raschen Durchtrittes des allzureichlich entleerten Blutes unmöglich wird. 2. Echte Schleimhaut, deren deciduale und degenerative Umwandlung das Blut verhindert, rasch durchzufließen. Die verschiedene Dicke dieser Abgüsse hängt nur von der verschiedenen Tiefe der auf diese Weise abgelösten Schicht des Endometriums ab. Durch Aufrollen der Membranen entstehen solide Abgüsse, die nur schwer von einem Abort zu unterscheiden sind. *Hölder* (Tübingen).

Bossi, L. M.: Die wahre Prophylaxe des Uteruskrebses. Ein Mahnruf an die Gynaekologen. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 27, S. 1000—1001. 1913.

Der Grund, warum bisher die Lösung des Krebsproblems fehlgeschlagen ist, beruht nach Bossi auf falscher Fragestellung; nicht die Frühdiagnose des Uteruskrebses ist zu erstreben, die eine chirurgische Therapie zur Folge haben kann, wahre Prophylaxe kann nur in der Auffindung von Mittel bestehen, die die Entwicklung des Krebses verhindern. Es gilt, chronische Geschwüre und Entzündungen von Cervix und Uterus mit chirurgischen Mittel konservativ zu behandeln, da nach Verfassers Annahme nicht durch Parasiten, sondern auf dem Boden solcher chronischer Reizzustände das Carcinom entsteht. Daher ist auch vom Gebrauch chemischer Ätzmittel abzuraten. Aufforderung an die Gynaekologen, die vorgetragenen Behauptungen einer Nachprüfung zu unterziehen. *Rittershaus* (Coburg).

Theilhaber, A.: Können Carcinome spontan heilen? Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 27, S. 1314. 1913.

Entgegnung auf den Angriff v. Hansemanns (Dtsch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 22). Gegenüber v. Hansemann vertritt Theilhaber die Ansicht, daß Carcinome spontan heilen können. v. Hansemann gebe selbst zu, daß das Chorionepitheliom und Gesichtscarcinome spontan heilen können. Th. hat selbst mehrere unvollständig operierte Uteruscarcinome spontan ausheilen sehen. Die Dauer der Heilung beträgt über 5 Jahre. Hinweis auf ähnliche Beobachtungen Czernys, Fränkels und Weindlers. — Nicht durch restlose Zerstörung aller Krebszellen wird eine Heilung erzielt, sondern durch Anregung des subepithelialen Bindegewebes zur Leukocytose und Bildung zellreichen Stromas. — Nachbehandlung der Krebse mit Hyperämie. Über günstige Erfahrungen mit dieser Nachbehandlung berichtet auch Christoph Müller. *L. Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Prym, P.: Vollständige Entfernung eines Carcinoma uteri durch Probeauskratzung. (*Pathol. Inst., Bonn.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 26, S. 1247. 1913.

Bei einer 49jährigen Frau ergab eine Abrasio neben carcinomfreien Gewebspartikeln ein kleinhaselnußgroßes Stück mit typischem Zylinderzellenkrebs. Der daraufhin exstirpierte Uterus war myomatös, aber völlig frei (auch histologisch) von Krebs. Prym nimmt vollständige Entfernung des Carcinoms durch die Curette an. *Bauer* (Berlin).

Pichevin, La lutte contre le cancer de l'utérus. (Der Kamf gegen den Uteruskrebs.) Gaz. de gynécol. Bd. **28**, Nr. 647, S. 161—169, Nr. **648**, S. 177 bis 186, Nr, 649, S. 193—200. 1913.

Einzelne geschichtliche Daten über die Methoden, die gegen den Krebs angewandt werden; Besprechung der Operationsmethoden in ihrer Entwicklung, kurze Besprechung anderer Methoden. Angaben über die Operationsmortalität der einzelnen Operationsarten, über die Operabilitätsziffer nach verschiedenen Statistiken deutscher und ausländischer Literatur, schließlich über die primären und die Dauererfolge. Zweifel an der Wahrhaftigkeit dieser Statistiken sind von keinem Gesichtspunkt aus erlaubt. Mißerfolge und schlechtere Statistiken sind hauptsächlich zurückzuführen auf Spätoperationen und in Frankreich auf die ärztliche Ausbildung. Schmerz, Blutungen und Ausfluß nur in ihrer Trias als ausschlaggebend für die Diagnose Krebs anzusehen, ist sehr verderblich, besonders der Schmerz ist sehr inkonstant. Die Uterusblutung aber gibt ebenso Verdacht auf Uteruskrebs wie die Lungenblutung auf Lungentuberkulose; die mikroskopische Untersuchung wird hierdurch als notwendig gefordert. Die Operabilitätsziffer wird weiter erheblich verschlechtert durch die Verschleppung einer ärztlichen Konsultation aus Vorurteil, Nachlässigkeit, Unwissenheit, weil die Frauen ihren Blutverlust als Regel ansehen und schließlich, weil Appetit und Allgemeinbefinden gut bleiben. Viele Ärzte in Frankreich stehen von vornherein auf dem Standpunkte der Unheilbarkeit des Krebses. Dagegen die bisher gewonnenen Resultate nach mehreren Statistiken. Winters Kampf gegen den Krebs, starke Befürwortung dieser Bestrebungen auch in Frankreich. Ein Versuch des Autors, ähnliches in Vorträgen durchzuführen, scheiterte an den Behörden, die solche Versammlungen verboten. Eine Vereinigung zum Kampf gegen den Krebs zu bilden, wurde auf dem Kongreß in Algier 1897 abgelehnt. Der Kampf gegen den Uteruskrebs kommt in einem Kampf allgemein gegen maligne Neubildungen nicht genügend scharf zur Geltung. Und doch ist das Zerstörungswerk des Krebses sehr groß, es sterben zu viel Frauen ohne Operation. Man findet Ermutigung zum Handeln in den Erfolgen, die die Krebsbehandlung durch die Hysterektomie errungen hat. Die Operationsmortalität ist von 84% (1829) auf 1% (Olshausen) bei der vaginalen Methode gesunken, die Operabilität von 8—10% (1880) auf 80% (Krönig) gestiegen, der Heilungsprozentsatz bis auf 50%. Von dem Gesichtspunkte vieler Autoren, besonders der neuen Welt, daß metritische Prozesse an der Cervix und Portio das Auftreten des Carcinoms begünstigen, geht die prophylaktische Krebshandlung aus, indem sie das Collum in der Menopause amputiert. Dazu bedarf es aber ganz besonderer Propaganda, die in erster Linie die Mediziner beträfe, aber sich auch auf jene nahestehende Kreise beziehen müßte. Die gynaekologische Ausbildung der Mediziner müßte vertieft und verbessert werden, die älteren Praktiker müßten über die neuen Forschungen belehrt werden, besonders darüber, daß der Krebs stets lokal beginnt, dann regionär wird und schließlich generalisiert, daß man die Diagnose früh und eventuell mit Hilfe der Curette oder des Messers und dann histologischer Untersuchung stellen muß. In Sitzungen müssen die Resultate weiterer Beobachtungen vorgetragen werden. Auch die Hebammen können in diesen Bestrebungen viel nützen. Die Aufklärung muß in hohe und niedrige Stände dringen, vor allem darüber, daß jeder anormale Blutverlust von Bedeutung ist und der Uteruskrebs im Anfang keine Schmerzen macht. Frankreich darf sich diesen Erkenntnissen nicht länger verschließen. *Schröder* (Rostock).

Rixford, Emmet: Sarcoma of the uterus. (Über Uterussarkome.) California state journal of med. Bd. **11**, Nr. 3, S. 118—122. 1913.

Zunächst wird die Häufigkeit der Sarkome, die von anderen Autoren operiert wurden, besprochen: Gurlt fand bei 2649 Fällen 1 Sarkom auf 1228 Uterustumoren, oder 1 Sarkom auf 785 Carcinome: Roger Williams fand bei 4115 Tumoren 8 Sarkome, d. h. 1 auf 514. Geißler (Frauenklinik Breslau) fand 1 Sarkom auf 50 Carcinome, Veit fand 40 Sarkome auf 1493 Carcinome (1 auf 37,1); Krukenberg (Frauenklinik Berlin) fand das Verhältnis 1 : 47,5. Verf. fand bei 60 Tumoren 5 Sarkome, 20 Carcinome, d. h. ein Verhältnis von 1 : 4. *Lembcke.*

Cope, V. Zachary, and E. H. Kettle, A case of chorionepithelioma of the Fallopian tube, following extra-uterine gestation. (Ein Fall von Chorionepitheliom der Tube nach Extrauteringravidität.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 247—260. 1913.

Verff. sahen nach einer geplatzten Tubargravidität ein Chorionepitheliom der Tube auftreten. Die Patientin ging kurz nach der Operation an akuter Anämie zugrunde, da es bei einem Versuch, den Tumor zu entfernen, heftig blutete. Die Diagnose wurde durch genaue mikroskopische Untersuchung bestätigt, in Leber und Lunge fanden sich Metastasen. *Wiemer* (Herne).

Muret, M., Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. (Inkontinenz und Scheidenvorfall.) Rev. de gynécol. et chirurg. abdom. Bd. **20**, Nr. 4/5, S. 493 bis 506. 1913.

Verf. bespricht ausführlich die Zusammenhänge zwischen Vorfall der vorderen Scheidenwand und Inkontinenz, welch letztere nur in dem Fall eintritt, wenn der vordere Teil der Blasenscheidenwand heruntertritt und zwar speziell der untere Teil der fest mit der Vaginalwand verbundenen Urethra. Es kommt dadurch, daß der obere, an der Symphyse fixierte Teil der Harnröhre in seiner normalen Lage bleibt, durch Zug von unten zur Dehnung des Sphincters und zum Urinträufeln. (Daher kommt es oft bei größeren Prolapsen, bei denen auch der Symphysenteil der Harnröhre herabgezerrt ist, nicht zur Inkontinenz.) Ein geringer Fingerdruck auf das prolabierte Scheidengewebe etwas hinter der Urethralmündung genügt, um Kontinenz zu erzielen. Diese Fälle erinnern an die Inkontinenz nach Dilatation der Urethra. Nach genauer Besprechung von Symptomatologie, Diagnose und Prognose geht Verf. zur Therapie über, die im Wochenbett oft eine prophylaktische sein kann, im übrigen dem Pessar eine wichtige Rolle zuweist, dessen Wirkung durch Kompression ähnlich wie beim Fingerdruck erfolgen soll, während dauernde Heilung nur durch die Operation erreicht wird. An der Hand von Zeichnungen beschreibt Verf. seine Methode des T-Schnitts bei der vorderen Kolporrhaphie, wobei der Querschnitt gleich hinter die Harnröhrenmündung zu liegen kommt, und wodurch alle sonstigen mehr weniger komplizierten und gekünstelten Operationen sich erübrigen. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Bandler, Samuel Wyllis: Operation for marked descensus of uterus by the Dührssen-Bandler method. (Operation nach Dührssen-Bandler gegen Descensus des Uterus.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1183 bis 1184. 1913.

Vorstellung eines Falles, an dem die im Titel genannte Operation vorgenommen worden war. Guter Erfolg. *Mathes* (Graz).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Öhman, K. H.: Ein Fall von Pyovarium nach einem Partus. (*Gynaekol. Klin., Helsingfors.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 28, S. 1033—1036. 1913.

Langer u. a. halten das Pyovarium (solitärer Ovarialabsceß) für einen Luteinabsceß. Wätjen fand die meisten gonorrhoischer Natur. Differentialdiagnostisch sollte nach ihm der Pyovariumabsceßinhalt für die Ätiologie eine Rolle spielen (lymphocytäre Elemente nicht gonorrhoisch, Plasmazellen für Go.). Anführung eines Falles aus der Klinik zu Helsingfors.

31jähr. Ip., 8 Tage nach spontaner reifer Totgeburt im Juli 1912 Schüttelfrost, hohes Fieber, reichlicher Fluor, Schmerzen in linker Unterbauchgegend an Intensität stets zugenommen. Keine Genitalblutung. Temp., Puls normal. Links neben dem Uterus gänseeigroßer beweglicher

Tumor. R. Adnexe frei. Januar 1913 Laparatomie. Linksseitiger Ovarialtumor, woran verdickte Tube, Omentum und teilweise Dünndarm adhärent. Bei Loslösung Einriß des Ovars, Eiter in die Bauchhöhle dringend. Ovariosalpingotomie, Drainage. Am ersten und zweiten Tag post. op. 39,0°, Puls und Allgemeinbefinden auf Sepsis deutend. 20 ccm Antistreptokokkenserum. Temperaturabfall. Nach 3 Wochen geheilt entlassen. Im Eiter Streptokokken, doch keine Bakterien. Schnitte des Ovars und der Tube ergeben Bindegewebsvermehrung an den großen und kleinen Ovarialabscessen zunächst, im Innern des Gewebes kleinzellige Infiltration größtenteils aus Plasmazellen gebildet. Ebenso eosinophile Leukocyten reichlich vorhanden, den Abscessen näher polynucl. Zellen und in der Absceßhöhle selbst polynucl. und einzelne Plasmazellen und Lymphocyten; Tubenschleimhaut und Tube selbst normal. Anscheinend ist die Patientin nichts wissend früher gonorrhoisch infiziert worden. Anamnestisch bereits vor Erkrankung reichlicher Fluor. Die reichlichen Plasmazellen in den Abscessen ebenfalls hierfür sprechend, die eosinophilen Zellen sollen primäre Gonok- und spätere sekundäre Streptokokken-Infektion intra partum bekräftigen, wie Gräfenberg beschrieben. Die lokalisierte kleinzellige Infiltration in der Tube nahe der Serosa und entfernt von der gesunden Tubenschleimhaut wird durch die starke Adhärenz der Tube an der Ov.-Oberfläche erklärt. Daß diese Abscesse Luteinabscesse gewesen seien, läßt sich mangels vorgefundener Luteinzellen unsicher behaupten, sie müßten nur schon zerfallen gewesen sein. Die Nichtfärbbarkeit der Bakterien läßt sich dahin erklären, daß sie schon so verändert waren, daß sie sich nicht mehr färbten. *v. Miltner.*

Rouville, G. de, et Arrivat: Un cas de cysthématome menstruel postopératoire. (Ein Fall von Cysthaematoma menstruale postoperativum.) (*Hôp. suburb., Montpellier.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2,** Nr. 6, S. 529—532. 1913.

35 jährige Patientin, mit Schmerzen, Ausfluß und Menorrhagien erkrankt; nach Salpingoophorektomia duplex vollkommene Heilung. Nach der Operation zeigte sich ab und zu in ganz unregelmäßigen Intervallen ein geringfügiger Blutabgang. 7 Monate später plötzlich heftiger Schmerz rechts im Unterleib, Ohnmacht und abundante Metrorrhagie. Seitdem dauernd Schmerzen und Blutungen von wechselnder Stärke. Rechts neben dem Uterus fand sich ein hühnereigroßer, prall gespannter, schmerzhafter Tumor. Deshalb Relaparotomie: Ausschälung der mit flüssigem Blut erfüllten Cyste und Hysterektomie. Histologisch zeigte die Tumorwand die charakteristischen Elemente des Ovarialgewebes (2 Abbildungen). Die Cyste ging also aus von einem Ovarialrest oder einem überzähligen Ovarium, das versehentlich zurückgeblieben war. *Hölder* (Tübingen).

Vogt, E., Beitrag zu den Melanosarkomen des Ovariums. (*Frauenklin., Dresden.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 1, S. 223—233. 1913.

Aus der Literatur berichtet Vogt über zwei primäre Melanosarkome des Ovariums, zu denen er am Schluß der Arbeit noch 6 Fälle von Soubeyren und Rider fügt, die ihm verspätet zur Kenntnis kamen und die weiter nicht berücksichtigt sind. Weiter erwähnt er 2 Fälle von sekundären Melanosarkom der Ovarien. Aus eigener Beobachtung fügt er zwei weitere Fälle sekundärer Melanosarkome des Ovariums bei gleichzeitiger allgemeiner Sarkomatose hinzu, der eine nach primärem Choroidealsarkom, der andere nach primärem Hautmelanosarkom. Der histologische Befund wird genau mitgeteilt. Wenn bisher betont wurde, daß die primären Sarkome stets diffus, die sekundären circumscripte ausschälbare Tumoren darstellen, zeigt der eine Fall, daß dieser Satz nicht immer Geltung hat. Auch metastatische Ovarialsarkome können ohne scharfe Grenze den Mutterboden ersetzen. Das Alter der Patientinnen schwankt zwischen 30 und 44 Jahren, alle Frauen befanden sich noch in der Geschlechtsreife. Die Prognose ist infaust, spätestens 2 Jahre nach Auftreten der ersten Symptome oder des primären Tumors erfolgte der Tod. Die Therapie ist machtlos. Für die Diagnose ist ev. von Wichtigkeit das Auftreten von Melanurie und der Nachweis des Pigments im Urin mit der Eiseltschen Reaktion. *Mertens.*

Ries: Alternierende Adnexschwellungen. (Dtsch. med. Ges. in Chicago. Sitz. vom 27. II. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 27, S. 1522. 1913.

Bei der Operation fand sich ein dicker Uterus, auf beiden Seiten eine Masse von deutlichen Corpus luteum- und candicans-Cysten, um den Uterus und die Adnexe sehr viel Adhäsionen, die, wie Anamnese und genauere Untersuchung zeigten, ihren Ursprung in einer vor Jahren stattgehabten, nicht diagnostizierten, spontan ausgeheilten perforierenden Appendicitis hatte. Diese Adhäsionen machten die menstruale Entleerung des Follikels unmöglich. Das Blut sammelte sich offenbar an und konnte nur langsam resorbiert werden.

Der Befund gibt eine ungezwungene Erklärung für das Auftreten von bis mannsfaustgroßen Geschwülsten um die Zeit der Menses. Daß auch unter normalen Verhältnissen die Follikelblutungen sehr beträchtlich sein können, ist bekannt. Verf. sah unlängst einen Fall, der bei der Laparotomie (wegen eines anderen Leidens) den Anblick einer an Tubarruptur erinnernden Blutung bot. Alles in allem beobachtete Ries in den letzten Jahren 16 Fälle von alternierenden Adnexgeschwülsten.

Runge (Berlin).

Bauchorgane:

Desmarest, E., Volumineux lipome sous-aponévrotique de la paroi abdominale. (Großes subfascial gelegenes Lipom der Bauchwand.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88,** Nr. 5, S. 260. 1913.

11 Pfund schweres Lipom der rechten seitlichen Bauchwand unter der Aponeurose des M. obliquus ext., dem M. obliquus int. und dem M. transversus aufsitzend, von der Fossa iliaca bis zum Rippenbogen und von der Nabelgegend bis zur hinteren Axillarlinie reichend. Ausschälung unter Mitnahme adhärenter Muskelbündel, Raffung des Tumorbettes, Muskelnähte, Drainage. Heilung innerhalb 2 Wochen. *Klein* (Straßburg i. E.).

McGavin, Lawrie: The results of filigree implantation. (Die Erfolge von Silberdrahtnetz-(Filigrandraht-)Implantation.) Med. magazine Bd. **22,** Nr. 3, S. 149—156. 1913.

Von 314 Fällen (ohne femorale), und zwar 263 inguinalen und 51 umbilikalen und ventralen Hernien, wurden 106 inguinale und 40 umbilicoventrale mit Drahtnetzimplantation behandelt. Dabei in 20 inguinalen Fällen doppelseitige Implantation, so daß Gesamtzahl 166. Einige hatten erfolglos wiederholte Operationen durchgemacht, andere galten als unheilbar. Höchstes Alter 72 Jahre. Nur 2 Rezidive (über 40 Jahre) bei Leistenhernien. Indikation zur Drahtnetzimplantation: Wenn Bruch sehr groß, lange besteht, bei älteren Personen mit Atrophie des Gewebes durch Druck des Bruchbandes, mit weiter Bruchpforte, oder wenn Leute schwere körperliche Arbeiten zu verrichten hatten. Rezidiv Folge von Infektion oder fehlerhafter Technik. 1. Rezidiv bei einem Fall, der schon nach Operation rezidiviert war. Durch Infektion Veränderung der Lage des Drahtnetzes. Nach Wiederholung der Operation Heilung seit 6 Jahren. 2. Rezidiv infolge fehlerhafter Technik. Drahtnetz, mit pubischem Teil auf properitoneales Gewebe gelegt, verschob sich nach auswärts. Nach 1 Jahr Rezidiv zwischen Draht und Spin. pub. Erneute Operation. Einlegen eines pubischen Drahtnetzes auf, anstatt unter die vereinigte Fascie. Dieser Fall erst kürzlich operiert. Das implantierte Drahtnetz vereinigt sich ganz fest mit dem umgebenden Gewebe, macht keine Schmerzen, Unbequemlichkeiten, Schwellung oder Atrophie des Hodens. Auch bei Lage direkt auf dem Peritoneum keine besondere Adhäsionsbildung, wie gelegentliche Autopsiefälle ergaben. Trotz Bruch des Drahtnetzes in einem Falle war die Bauchwand fest und kräftig. Bei einem Kranken, der schrieb, daß sein Drahtnetz herauskäme, handelte es sich um einen großen Bubo ing. nach Gonorrhöe, der ohne Ausstoßung des Drahtnetzes ausheilte. In einem Falle von Bauchhernie (nach appendicitischem Absceß und allgemeiner Peritonitis) ließ sich der Bauch nicht schließen. Verf. nähte daher Ileum an Coecum und beide an die Ränder der Bruchpforte, um ein Lager für das Drahtnetz zu schaffen. Guter Erfolg. Patientin hat danach geheiratet und ohne Hernienrezidiv Kinder geboren. In einem zweiten Falle bei einer 62jährigen verheirateten Frau waren 3 Paar Hände nötig, um den Bauchschluß zu ermöglichen. Patientin heute gesund und beschwerdefrei. Schwangerschaften und Geburten erleiden durch die Implantation eines Drahtnetzes keine Störung, wie weiter angeführte Fälle zeigen. Von den mit Implantation behandelten Bauchbrüchen vereiterten 3 schwer, 1 leicht. Allen geht es gut, kein Rezidiv. Von den 126 Leistenbrüchen vereiterten 2 leicht, 1 schwer. In 2 Fällen verschob sich der Draht und die Operation wurde wiederholt. Alle Fälle seit 3 Jahren in Ordnung. Unter 4 inguinalen Darmincarcerationen zweimal Drahtnetzimplantation ohne Vereiterung. Unter 40 Bauchfällen 4 Todesfälle = 10% (1 Bronchopneumonie, 1 Lungenembolie, 1 Herzschwäche, 1 Ileus). Unter den Leistenhernien nur 1 Todesfall = 0,9% (Ileus). In den Schlußworten sagt Verf., daß es kaum noch inguinale oder ventrale Brüche gibt, die man heute als unheilbar bezeichnen kann. Infektion ist keine Indikation zur Entfernung des Drahtnetzes. Über dem implantierten Drahtnetz darf kein Bruchband getragen werden. Bei Bauchhernien nach appendicitischem Absceß soll der Wurm vor der Implantation entfernt sein. Peinlichste Asepsis. Spinalanalgesie statt allgemeiner Narkose. *Hoffmann* (Greifswald).CH

Pringle, J. Hogarth, A method of treating umbilical hernia. (Eine Methode zur Behandlung der Umbilicalhernien.) Edinburgh med. journal Bd. **10,** Nr. 6, S. 493—496. 1913.

Die Methode ist für die Nabelhernien fetter Frauen besonders geeignet. Ein elliptischer Schnitt quer über die Hernie und fast den ganzen Bauch entfernt die Haut und das reichliche Fettgewebe, so daß die stets vorhandene suprapubische Falte verschwindet. Auslösung und Abtragung des Bruchsackes bis an den Bruchring, Reposition der Intestina. Die sauber präparierten vorderen Rectusscheiden werden vom Bruchring aus horizontal gespalten und aus ihnen durch Ablösen von den Recti nach oben und unten je ein Lappen gebildet; die Lappenhälften bleiben wie bei dem Pfannenstielschen Fascienquerschnitt durch das unversehrte Fasergewebe der Linea alba miteinander in Verbindung. Einige Matratzennähte vereinigen senkrecht Peritoneum, hinteres Fascienblatt und Recti. Nun wird der untere Fascienscheidenlappen möglichst hoch nach oben geschlagen und an den Muskeln und an der Basis des aufwärts umgelegten oberen Lappens durch Knopfnähte fixiert, darüber der obere Lappen nach unten gelegt und ebenso angenäht. Die Deckung der tiefen senkrechten Naht ist somit eine doppelte, 6 instruktive Illustrationen. Guter Erfolg in 8 Fällen. *Hans Brun* (Luzern).CH

Schmidt, Meinhard, Zur Radikaloperation der Darmbrüche mit inkomplettem Bruchsack (Darmgleitbrüche.) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 3/4, S. 266 bis 289. 1913.

Schmidt bringt zunächst die Krankengeschichten dreier von ihm beobachteter und operierter einschlägiger Fälle. Dann bespricht er unter eingehender Würdigung der Arbeiten von Sprengel, Finsterer und Sudeck ausführlich die Anatomie und Operationstechnik der Darmgleitbrüche. Die Ergebnisse seiner Arbeit faßt er dahin zusammen, daß man es beim Gleitbruch des Dickdarms rechts mit einem einfachen Darmschenkel, links mit einer zweischenkligen Darmschlinge zu tun hat. Bei der Eröffnung eines Gleitbruches muß man sehr vorsichtig sein, um nicht statt in den Bruchsack in den Darm zu kommen. Die Reposition eines aus seiner Hautbedeckung ausgehülsten Gleitbruches, gleichviel, ob er uneröffnet blieb, oder incidiert und wieder zugenäht wurde, geschieht durch Inversion, was durch Beigabe einiger Zeichnungen veranschaulicht wird. Überflüssige Teile des freien Bruchsackes sind zu entfernen, doch muß man sich dabei hüten, nicht die für die Ernährung des Darmes wichtigen Gefäße zu durchschneiden, zweckmäßigerweise kann man beim Abschneiden den Bruchsack gegen das Licht halten. Ohne Gefahr kann man im allgemeinen die vordere und innere Platte des Bruchsackes wegschneiden, da der Darm und die Gefäße hinten und lateral gelegen sind. Gelingt die Reposition des Gleitbruches nicht leicht, so ist eine Bauchdeckenspaltung in der Richtung vom äußeren Bruchpfortenwinkel nach außen oben das Gegebene. Bei schwerer Ablösbarkeit des Samenstranges vom Bruchsacke ist statt der Kastration die Implantation des Hodens in die Bauchhöhle zu erwägen. *v. Tappeiner.*CH

Krymow, A. P., Die Coopersche Hernie. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H. 2, S. 565—571. 1913.

Zusammenstellung der Literatur mit besonderer Berücksichtigung der Entstehung der Cooperschen Hernie, jener Abart des indirekten Leistenbruchs, bei dem 2 Bruchsäcke vorhanden sind, die einer in dem anderen liegen. — An der Hand mehrerer Skizzen und der genauen Krankengeschichte eines selbstoperierten Falles erklärt Verf. die Entstehung dieser Hernienform einfach durch die Entwickelungsanomalien und durch die Unregelmäßigkeit der Verwachsung des Processus vaginalis peritonei. Durch den Zug der Cremasterfasern, besonders der ringförmigen beginnt sich von oben her der Processus vaginalis in Falten zu legen und zu verwachsen. — Dabei kann es geschehen, daß die eine Wand eine Längsröhre bildend sich in das Innere einrollt und ringsherum von der anderen Wand des Processus umgeben ist. — Diese Röhre kann sich abschnüren und liegt dann inmitten einer anderen, welche die nicht geschlossene, eigentliche Höhle des Hodens darstellt. *Kaerger* (Berlin).CH

Armand-Delille, P.-F., La forme anascitique de la péritonite tuberculeuse. (Die trockene Form der tuberkulösen Bauchfellentzündung.) Presse méd. Jg. **21,** Nr. 40, S. 397—398. 1913.

Klinische Betrachtungen über die seltenere, ohne flüssiges Exsudat verlaufende und sich

durch spontane Heilungstendenz auszeichnende Form der Bauchfelltuberkulose, deren unter Koliken, Erbrechen und Temperaturanstieg anfallsweise einsetzende Erscheinungen die — wie die beigefügten 10 Krankengeschichten dartun — meist unter irriger Diagnose ausgeführte Laparotomie erklärlich machen. Die Erkrankung befällt meist Kinder und heranwachsende Mädchen und läßt gewöhnlich zwei Stadien erkennen: zunächst ein akutes, fieberhaftes, typhusähnliches, sodann jenes der vollzogenen Bacillenlokalisation. In letzterem findet sich eine massenhafte trockene Aussaat von Tuberkelknötchen, vorzugsweise auf der Serosa der Därme und des Netzes. *Fieber* (Wien).CH

MacLennan, Alex., and I. W. McNee: Primary streptococcal peritonitis in a child, with septicaemia, ending in recovery. (Primäre Streptokokkenperitonitis mit Septicämie bei einem Kinde mit Ausgang in Heilung.) *Western Infirmary, Glasgow.*) Brit. journal of childr. dis. Bd. **10**, Nr. 114, S. 258—263. 1913.

Mädchen von $6^1/_2$ Jahren. 4 Wochen zuvor Masern. Brechen, Durchfall, Leibschmerzen seit 2 Tagen. Bei der Operation fand sich eine diffuse eitrige Peritonitis, nicht vom Appendix ausgehend. Drainage durch den Douglas. Der Appendix wurde zum Zweck der Zufuhr von Kochsalzlösung in die Bauchwand eingenäht (Appendicostomie). Heilung. Das Peritonealexsudat enthielt (hämolytische) Streptokokken in Reinkultur. Die gleichen Erreger konnten leicht aus dem Blut gezüchtet werden. Genauere bakteriologische Untersuchungen ließen Pneumokokken sicher ausschließen. Verff. betonen in besonderen Ausführungen die Zweckmäßigkeit und Technik der Drainage durch den Douglas oder das Rectum sowie der Appendicostomie in derartigen Fällen. *Ibrahim* (München).M

Fowler, Royale Hamilton, A note on the treament of diffuse and spreading appendicular peritonitis. Summary of 78 cases. (Eine Bemerkung über die Behandlung diffuser und sich ausbreitender Peritonitis auf Grund von Appendicitis.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 5, S. 189—190. 1913.

Unter 69 (schon Dezember 1908 in Annals of surgery berichteten) Fällen von diffuser septischer Peritontis auf Grund von Appendicitis betrug die Mortalität 69,5%. Davon mit Spülung behandelt 50 Fälle mit 66% Mortalität, ohne Spülung 19 mit 78,9% Mortalität. In 32 dieser Fälle bei Fowlerscher Drainage 50% Mortalität; 81,8% Mortalität in 22 Fällen ohne diese. Während der Jahre 1910—1912 9 weitere Fälle, von denen 6 während der ersten 24 Stunden, 3 später operiert wurden. 6 genasen, d. i. Mortalität von $33^1/_3$%, 3 starben an Shock und Sepsis. Alle Fälle drainiert. Bevorzugt doppelte Gummidrains, mit Gaze umwickelt oder in sie eingehüllt, je nach Indikation an den Stumpf, in das Becken oder zwischen die Darmschlingen. Keine peritoneale Spülung. Diese führt leicht zur Bildung multipler Abscesse. Alle Fälle mit Fowlerscher Drainage vor, während und nach der Operation behandelt. In allen Fällen schien dem Verf. die Peritonitis auf die rechte Bauchseite beschränkt. Verf. schließt mit der Aufforderung, alle auf akute Appendicitis verdächtigen Fälle in Fowlersche Stellung zu bringen und in solcher während der ganzen Zeit zu halten. Der Rumpf soll auch während der Operation aufgerichtet sein. Aufrichtung des Körpers um 45—50°. *Hoffmann* (Greifswald).CH

Höpfner, Edmund, Der Ascites und seine chirurgische Behandlung. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6**, S. 410—479. Berlin, Springer. 1913.

Erschöpfende Darstellung des Ascites auf Grund einer Literatursammlung von 444 Fällen. In einzelnen Kapiteln werden besprochen: Die Definition und Symptomatologie, die Ätiologie, der Ascites bei Herzkrankheiten, bei Nierenentzündungen, bei Lebercirrhose und Bantischer Krankheit, bei Thrombose der Vena portae, bei Polyserositis, bei Tuberkulose des Bauchfells, Tumoren und sonstigen Erkrankungen. Weitere Abschnitte sind gewidmet der Diagnose und Differentialdiagnose, der Ascitesflüssigkeit und der Prognose und Therapie der Krankheit. Die Besprechung der letzteren nimmt mehr als ein Drittel der ganzen Arbeit ein. Wir finden hier nicht nur die medikamentösen und operativen Behandlungsmethoden des Ascites geschildert, sondern auch eine kritische Würdigung ihrer Leistungsfähigkeit. Dabei nimmt be-

greiflicherweise die Behandlung des Ascites bei Leberkrankheiten einen besonders großen Raum ein, und es werden hier außer der Talmaschen Operation und ihren verschiedenen Modifikationen auch die neueren Behandlungsmethoden (Ecksche Fistel, Ableitung des gebildeten Ascites direkt in die Blutgefäße oder in das Unterhautzellgewebe) einer eingehenden Betrachtung unterworfen. Weiter wird die Behandlung der Bantischen Krankheit durch Milzexstirpation, der Mediastino-Pericarditis chron. adhaesiva durch Rippenresektion und die des tuberkulösen Ascites erörtert und zum Schlusse die Technik der einzelnen Operationen beschrieben.

Brentano (Berlin).CH

Wynter, W. Essex, and John Murray, Case of subcutaneous drainage for ascites. (Fall von subcutaner Drainage wegen Ascites.) Med. magazine Bd. 22, Nr. 3, S. 146—149. 1913.

Fall von Lebercirrhose mit Ascites. Nach Incision in der Mittellinie Einführung eines entkalkten Knochenröhrchens in die Bauchhöhle, mit einem Ende in die Bauchdecken versenkt. Darüber Vereinigung der Haut. Nach der Operation Heraussickern reichlicher Flüssigkeit und 14 Tage später infolge Eiterung Ausstoßung des Knochenröhrchens. Etwas Flüssigkeit hat sich wieder angesammelt. Diskussion: Broabent: Bei Pat., die 12 Monate jeden Monat punktiert wurde, Omentopexie. Heilung seit 9 Monaten, trotzdem fibröse Form der Lebercirrhose. Bei Vergrößerung der Leber und Perihepatitis sind die Chancen der Operation besser. Nash: Femorale Operation in 2 Fällen. 1. Fall 48jährige Frau, bei der schon vorher mehrfache Punktionen und Omentopexie ohne Erfolg ausgeführt worden waren. Seitdem keine Wiederkehr des Ascites, der luetischer Natur war (Gummata an Leber, Milz und Rippen). Pat. bekam außerdem JK und Hg. 2. Fall, vorher mehrfache Punktionen. Nach Einsetzen des Röhrchens in den Femoralkanal noch 3 Punktionen, um Spannung der Naht zu vermeiden. Keine Wiederkehr des Ascites. Keine Anamnese auf Lues, trotzdem JK und Hg. N. zweifelt, ob die nach häufigen Punktionen geheilten Fälle rein alkoholische sind. Oft handelt es sich um chronische luetische Peritonitis. Spencer erwähnt eine Trinkerin, die nach 10maligen Punktionen mit Omentopexie behandelt wurde und keinen Ascites mehr bekam, trotzdem sie weiter sehr viel trank. Obduktionsbefund: Alkoholische Lebercirrhose ohne Zeichen von Lues. Wynter: Der Zustand der von ihm operierten Frau war so, daß man glaubte, sie würde die doppelte Incision für die femorale Behandlung nicht aushalten. 1 Pat. bekam nach der Operation eine Femoralhernie. Vor kurzem sah er einen vor 5 Jahren mit femoraler Drainage behandelten Mann, der trotz starken Trinkens frei von Ascites geblieben ist. *Hoffmann* (Greifswald).CH

Roussiel, Marc, De l'influence de l'injection intrapéritonéale d'huile camphrée sur le drainage du péritoine et sur le pouvoir plastique de cette séreuse. (Über den Einfluß der intraperitonealen Injektion von Campheröl auf die Drainage des Bauchfells und auf die plastische Kraft dieser Serosa.) (*Inst. de thérap., univ., Bruxelles.*) Ann. et bull. de la soc. roy. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles Jg. **71**, Nr. 5, S. 115—122. 1913.

Roussiel beschäftigt sich mit einer Nachprüfung der Behauptung von Vignard und Arnaud, daß intraperitoneale Einspritzungen von Campheröl imstande seien, die Bildung von peritonealen Adhäsionen zu verhindern und so eine wirksamere Drainage zu ermöglichen. Die Versuche R. wurden an Hunden angestellt. In einer ersten Versuchsreihe wurden nach Laparotomie Drains in verschiedene Gegenden der Bauchhöhle eingelgt, Campheröl eingebracht und dann die Bauchhöhle sorgfältig geschlossen. In einer zweiten Versuchsreihe wurden Serosawunden gesetzt und dann ebenfalls Campheröl einverleibt. Es ergab sich, daß das Campheröl in keiner der beiden Versuchsreihen imstande war, die Ausbildung von Adhäsionen zu verhüten, sie traten sogar zum Teil, wie beigegebene Abbildungen zeigen, sehr massig auf. Als Mittel, welche tatsächlich imstande seien, Adhäsionen zu verhüten, nennt R. die fortgesetzte Einblasung von Sauerstoff in das Peritoneum und vor allem eine gute Peritonealisierung und sorgfältige Blutstillung bei peritonealen Wunden. *M. v. Brunn* (Bochum).CH

Taylor, Frederick: Some acute abdominal pains which do not require operation. (Akut auftretende Leibschmerzen ohne operative Indikation.) Canad. Practit. a. Rev. Bd. **38**, Nr. 3, S. 155—163. 1913.

Pneumonie und Pleuropneumonie können durch sie begleitende heftige Leibschmerzen Peritonitis vortäuschen, ebenso die gastrischen Krisen der Tabiker und die

vor dem Koma oft auftretenden heftigen Leibschmerzen der Diabetiker. Nephritiden, Thrombose und Embolie der Mesenterialgefäße machen gelegentlich ähnliche Erscheinungen. Bei nervösen und hysterischen Personen können lebhafte Leibschmerzen zur Diagnose Magengeschwür verleiten. Auch nach Einspritzung von antitoxischen und antibakteriellen Seren, ferner bei der sog. Angina abdominis hat man peritonitisähnliche Bilder gesehen. Genaue körperliche Untersuchung (Lungen, Reflexe, Urin) können vor falschen Diagnosen und nicht indizierter Laparotomie schützen, wenn auch die Differentialdiagnose oft schwierig ist. Anführung eigener und fremder Fälle.
Schmidt (Karlsruhe).

Maier, F. Hurst: Pelvic hematocele and embolism of unusual origin. (Hämatocele und Lungenembolie seltener Herkunft.) (Transact. of the obstetr. soc. of Philadelphia, meet. 6. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 6, S. 1175—1176. 1913.

Anläßlich einer Salpingoophorektomie der rechten Adnexe wird wegen Tiefstandes der linken Adnexe eine Verkürzung des linken Lig. infundibulopelvicum durch Faltung und Naht (Catgut) vorgenommen. Gleich im Anschluß an die Operation Auftreten von Beschwerden in der linken Bauchseite. Am 4. Tage alle Zeichen einer rechtsseitigen Lungenembolie. Wegen Fortbestandes der abdominellen Beschwerden vaginale Untersuchung, welche eine fluktuierende Geschwulst in der linken Beckenhälfte ergibt. Durch hintere Kolpotomie Entleerung einer großen Menge dunklen flüssigen Blutes; 48stündige Tamponade der Höhle; 5 Tage später Pat. gesund entlassen. *Hall* (Graz).

Berthelot, Albert, Recherches sur la flore intestinale. Sur l'action pathogène d'une association microbienne: Proteus vulgaris et bacillus aminophilus intestinalis. (Untersuchungen über die Darmflora. Über die pathogene Wirkung einer Bakteriensymbiose: Proteus vulgaris und Bacillus aminophilus.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156,** Nr. 20, S. 1567—1570. 1913.

Verfüttert man an Ratten, die mit Milch ernährt werden, je $^1/_2$ Agarkultur von Prot. vulg. resp. Bac. aminoph., so erkranken sie nicht; andere, denen man die beiden Bakterienarten einverleibt, akquirieren nach 6—8 Tagen eine schwere Enteritis und gehen nach 10—20 Tagen ein. Gibt man den an Diarrhöe erkrankten Tieren an Stelle der Milch ihr gewöhnliches Futter (Rüben, Brot, Getreide), so kommen sie mit dem Leben davon; dasselbe erreicht man nach Injektion eines aus beiden Bakterienarten bestehenden Vaccins. Verf. erinnert daran, daß bei Säuglingen ebenfalls bei bestehender Gastroenteritis die Milch oft schädlich wirkt; bakt. Untersuchungen bei derartigen Erkrankungen stellt er in Aussicht. *Ströbel* (Erlangen).[M]

Horwitt, S.: Report of a case of complete transposition of the viscera. (Bericht über einen Fall von vollständiger Verlagerung der Eingeweide.) Med. record Bd. **83,** Nr. 26, S. 1170. 1913.

Fall von linksseitiger Pneumonie bei einem gut entwickelten, 26jährigen Farbigen, bei dem intra vitam situs inversus diagnostiziert wurde. Bei der Sektion fand sich ein vollständiges Spiegelbild des normalen Befundes. *Mac Lean* (Wurzen).

Ombrédanne: Traitement de l'appendicite. (Behandlung der Appendicitis.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Nr. 5, S. 236—238. 1913.

Verf. hat viele Fälle von primär chronischer Appendicitis bei Kindern beobachtet, wo nach der Intervention alle Beschwerden mehr allgemeiner Natur, wie mangelhafte körperliche Entwicklung, Migräne, Cephalalgie, Fieber, schwanden und die Kinder schnell aufblühten. Akuten Anfällen sind derartige Kinder nicht ausgesetzt. Was die Behandlung des akuten Anfalls betrifft, so soll man unbedingt in den ersten 36 Stunden operieren, nach dieser Zeit nur, wenn Zweifel an der Gutartigkeit der Affektion bestehen. *K. Hirsch* (Berlin).[K]

Nageotte-Wilbouchewitch: L'appendicite chez les tout petits. Opération chez un enfant de 16 mois. (Appendicitis bei den ganz Kleinen. Operation bei einem Kind von 16 Monaten.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Nr. 5, S. 229—236. 1913.

Eindringliche Empfehlung der Frühoperation der Appendicitis auch bei Kindern

mit Mitteilung einiger diesbezüglicher Krankengeschichten. Bei diagnostisch schwierigen Fällen wird die vibratorische Palpation empfohlen, mit der man sehr feine Unterschiede in der Muskelspannung der beiden Leibseiten nachweisen kann. Bei der gewöhnlichen Palpation und abgelenkter Aufmerksamkeit weicht der Muskel häufig einem zarten und beständigen Druck, während die vibratorischen Wellen ihn zur Kontraktion bringen. Als häufiges Frühsymptom wird eine plötzliche Röte des Gesichts, welche durch die Berührung der kranken Gegend hervorgebracht wird, bezeichnet.

K. Hirsch (Berlin).[K]

Miloslavich, Eduard, Zur Kenntnis der Cylinderzellen-Carcinome des Wurmfortsatzes. (*Landeskrankenanst., Brünn.*) Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **13**, H. 1, S. 138—153. 1913.

Verf. unterscheidet zwischen den häufig beschriebenen kleinen noch strittigen Geschwülsten der Appendix und den rechten Cylinderzellen-Carcinomen. Von den letzten teilt er drei eigene und einen fremden Fall mit. Sie entsprechen in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten dem gewöhnlichen Bilde einer bösartigen Geschwulst, stehen also im klinischen Bilde wie im pathologischen Befunde in Zusammensetzung, Ausbreitung und Metastasierung in voller Analogie zu den übrigen Drüsenkrebsen des Darmtraktus. (Gute makroskopische und sehr gute mikroskopische Bilder.) *zur Verth* (Kiel).[CH]

Mathieu, Albert, Étude clinique sur l'occlusion lente et progressive de l'intestin grêle. (Klinische Studie über den chronischen Dünndarmverschluß.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 57, S. 917—919. 1913.

3 Fälle, operiert von Lejars; im ersten handelte es sich um ein hochsitzendes Dünndarmcarcinom, das schon 3 Jahre bestand. Enteroanastomose. Exitus im Operationsshock; der zweite war eine narbige Stenose einer tiefen Dünndarmschlinge, hervorgegangen durch einen vor 8 Jahren erlittenen Hufschlag; immer wiederkehrende Anfälle von Schmerzen, Verstopfung und gesteigerter Peristaltik, die mit gurgelndem Geräusch endigten. In beiden Fällen hatte die Röntgendiagnose sich bewährt. Im dritten Fall lag eine Stenose der Flexura hepatica vor, obwohl auch hier das Röntgenbild annehmen ließ, daß die Stenose oberhalb des Coecums liege. Hinweis auf das Vortäuschen eines Ascites, welches die überfüllten Dünndarmschlingen verursachen können. *Herzfeld* (Berlin).[CH]

Hohmeier, F., Zwei Darminvaginationen aus seltener Ursache. (*Chirurg. Klin., Univ. Marburg.*) Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 23, S. 905—907. 1913.

Ausführliche Mitteilung zweier Fälle: 1. Invaginatio ileo-coecalis durch Ascariden bei einem Kinde, durch Darmresektion geheilt; 2. Invaginatio ileo-coecalis durch Lipom im untersten Ileum bei einer 66jährigen Frau. Darmresektion, Heilung. Literatur. *Thiemann* (Jena).[CH]

Treplin, Beitrag zur Ätiologie der Darminvaginationen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 22, S. 1204—1205. 1913.

Treplin berichtet zuerst kurz über einen Fall von Invaginatio ileocolica bei einem 10 Monate alten Kind und über einen Fall von Invagination des Querkolons bedingt durch ein apfelgroßes an der Spitze des Invaginatums pilzförmig aufsitzendes Adenocarcinom des Dickdarms. Dann beschreibt er 2 Fälle von Invagination von Dünndarm bei Purpura rheumatica bzw. Erythema nodosum. In beiden Fällen fanden sich bei der Operation auch an den nicht an der Invagination beteiligten Darmpartien an der Serosa multiple bläulichrote Infiltrate von Linsen- bis Bohnengröße, besonders im zweiten Fall war der Darm überall mit Petechien übersät. T. nimmt an, daß durch die zufällig an einer Stelle besonders starke Infiltration der Darmwand durch eine Purpuraeruption das betroffene Darmstück in ein starkes Rohr umgewandelt wurde und sich seiner Starrheit wegen nicht an der Peristaltik beteiligen konnte. Wenn nun an dem übrigen Darm die normale Peristaltik vonstatten ging, so wurde dieser starre Darmteil gleichsam wie ein Fremdkörper weitergeschoben und invaginierte sich in den analwärts gelegenen schlaffen Teil des Darmes. Alle 4 Fälle wurden durch die Laparotomie geheilt und zwar mit Ausnahme des Carcinomfalles durch Desinvagination. Bei diesem mußte die Resektion gemacht werden. *v. Tappeiner* (Greifswald).[CH]

Cheever, David, Acute angulation of the terminal ileum as a cause of intestinal obstruction in certain cases of acute appendicitis. (Akute Abknickung des untersten Ileumstückes als Ursache von Darmverschluß bei gewissen Appendicitisfällen.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168**, Nr. 20, S. 719—720. 1913.

Unter den verschiedenen Ursachen der postoperativen Darmlähmung bei eitriger Appen-

dicitis weist Verf. auf eine Form des Ileus hin, die sich erst nach einigen Tagen guten Befindens post operationem zeigt und auf Adhäsion der nicht zu kurzen letzten Ileumschlinge an dem ins Becken hinabziehenden Bett des Wurmfortsatzes beruht. Die sich allmählich mit Gas füllenden Därme quellen aus dem Becken heraus und knicken das Ileum an seinem tiefst fixierten Punkte ab. Bericht über 3 entsprechende Fälle von gangränöser Appendicitis, deren einer durch Enterostomie oberhalb des Hindernisses 4 Tage post oper. gerettet werden konnte, während die Ileostomie in den beiden anderen am 4. resp. 8. Tage zu spät kam. Verf. legt nach diesen Erfahrungen besonderen Wert auf gute Drainage des Wurmfortsatzbettes bei tief ins Becken ziehender Appendix, um hier die Ansammlung plastischer Exsudationen zu vermeiden, und auf frühe Diagnose eines Darmverschlusses nach dem Eingriffe. *Joseph* (Berlin).CH

Smith, J. W., Enteroptosis. Cases operated on during 1912. (Enteroptosis- Im Jahr 1912 operierte Fälle.) Med. chronicle Bd. **25**, Nr. 2, S. 53—64. 1913.

12 Krankengeschichten; in $^1/_3$ der Fälle lag das vom Verf. sog. Senkgruben-(„cesspool“-) Coecum vor, in den übrigen Fällen war das Coecum selbst fixiert, der darüberliegende Anteil des Colon ascendens dilatiert und herabgesunken. Die Behandlung bestand 5 mal in Resektion des Kolon, 4 mal in Ileo sigmoidostomie, 3 mal in Appendektomie; 2 Kranke sind der Operation erlegen. Die zumeist starken Beschwerden der Patienten werden häufig als Magen- oder Duodenalulcera, Wandernieren, Gallensteine oder ähnliches gedeutet. *Draudt* (Darmstadt).CH

Mathieu, Le traitement chirurgical dans les colites graves ou rebelles et la constipation chronique. (Die chirurgische Behandlung der schweren oder hartnäckigen Kolitiden und der chronischen Stuhlverstopfung.) Rev. de thérap. méd.-chirurg. Jg. **80**, Nr. 9, S. 289—297. 1913.

Zusammenfassung der bisher üblichen Operationen bei den verschiedenen Kolitiden und der chronischen Obstipation, von welchen Verf. am meisten die Appendicostomie wegen ihrer Einfachheit und Ungefährlichkeit für den Patienten bevorzugt. *Holzwarth* (Budapest).CH

Lardennois et Okinczyc, La typhlosigmoïdostomie en Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin. (Die Ypsilonanastomose zwischen Coecum und Flexur in der Behandlung der rebellischen Kolitiden und der Stase im Dickdarm.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 20, S. 858—872. 1913.

Die Verff. besprechen die bisher gebräuchlichen Methoden der Dickdarmausschaltung besonders mit Rücksicht auf die Rückstauung des Darminhaltes in den ausgeschalteten Darmteil. Sie hatten zuerst zum Zwecke der Ausschaltung der Querkolons einen jungen Mann in der Weise operiert, daß sie das blinde Ende des Coecums in die Flexur lateral einpflanzten und hatten nur unvollkommenen Erfolg gehabt, insofern ein Teil des Darminhaltes seinen alten Weg durch das Querkolon ging. In einem anderen Fall gingen sie darum so vor, daß sie nach Durchtrennung der Flexur das blinde Ende des Kolons nach Abtragung seiner Kuppe End zu End in das distale Flexurende einpflanzten, das proximale Ende der Flexur dann unterhalb dieser Anastomose seitlich einnähten. In diesem Falle ging der Kot aus dem Coecum direkt rectalwärts, und ein Teil von ihm staute sich in die obere Hälfte der Flexur zurück. Das Querkolon blieb leer. Diese Operationsmethode nennen sie die Typhlosigmoidostomie en Y. In Fällen von carcinomatöser Dickdarmokklusion haben die Autoren mit der Ileosigmoideostomia lateralis verschiedentlich Kotstauungen von dem Tumor mit beträchtlichen Beschwerden erlebt, mit der Typhlosigmoidostomie nie. Für Krebsfälle empfehlen sie diese oder die laterale Ileosigmoideostomie mit Verschluß des Ileums unter der Anastomose oder aber die End-zu-Seit-Einpflanzung des Ileums in die Flexur. Für rebellische Kolitiden oder inveterierte Kolonobstipationen genügen diese Methoden, die eine Rückstauung ermöglichen, nicht. Hierfür empfehlen sie die Y-Anastomose. Auch die de Quervainsche Ileotransversostomie und die Monprofitsche Ileosigmoideostomie mit Einpflanzung des distalen Ileumendes ins Rectum sei der Y-Methode der Verff. bei solchen Fällen unterlegen. — Genaue Beschreibung der Technik an der Hand von 7 Abbildungen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).CH

Dowd, Charles N., Resection of one-third of the colon for irreducible intussusception in an infant five days old. (Resektion von einem Drittel des Kolons

wegen nicht zurückzubringender Intussuszeption bei einem 5 Tage alten Kind.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 5, S. 713—717. 1913.

Besprechung eines — soweit die einschlägigen anglo-amerikanischen Literaturberichte reichen — ganz solitären Falles von erfolgreicher Dickdarmresektion wegen Invagination bei einem 5 Tage alten Säugling. Hinweis auf die enorme Sterblichkeit bei dieser Operation: unter mehr als 800 Fällen von Intussuszeption bei Kindern ergaben 37 Darmresektionen nur 3 Heilungen! Im vorliegenden Falle wurde 37 Stunden nach dem Einsetzen der ersten charakteristischen Symptome (vehemente Schmerzen, Erbrechen, Blutabgang per anum, vom Rectum und den Bauchdecken aus palpabler Tumor) operiert: Laparotomie durch den rechten M. rectus, Resektion des Kolons oberhalb der Mitte des Transversum beginnend bis zum oberen Teil der Flexura sigmoidea, blinder Verschluß der Darmenden, laterale Anastomose. Verf. empfiehlt — wie in seinem Falle gesehen — Reduktion vom Bauchschnitt aus und einseitiges Operieren. Kurzes Literaturverzeichnis. *Fieber* (Wien).CH

Monzardo, Gino, Sulla tubercolosi ipertrofica del ceco. (Über die hypertrophische Tuberkulose des Coecums.) (*Ospit. di Montagnana.*) Rif. med. Jg. **29**, Nr. 21, S. 569—572 u. Nr. 22, S. 596—599. 1913.

Breite Darstellung von drei Fällen von Coecumtuberkulose, welche durch einzeitige Resektion geheilt wurden. Bei einem weiteren Patienten mit sehr großem Tumor konnten bei der Laparotomie nur einige Drüsen entfernt werden; 3 Jahre später war er noch gesund. Die Entstehung des tuberkulösen Cöcaltumors ist nach Convath zu erklären entweder durch eine primäre Erkrankung der ileocöcalen Lymphdrüsen — die Erreger haben ohne Schädigung die Darmwandung durchwandert —; von den Drüsen greift retrograd die Infektion auf Submucosa und Subserosa über, oder es handelt sich um eine fortschreitende Infiltration, ausgehend von Tuberkeln und Geschwüren der Schleimhaut. *Hotz* (Würzburg).CH

Jenckel: Carcinom des Coecum. (Altonaer ärztl. Ver., Sitz. vom 19. III. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 27, S. 1515. 1913.

58jährige Frau war in ihrer Jugend mehrfach wegen tuberkulöser Halsdrüsen operiert worden. Jetzt weist sie ein großes Coecumcarcinom auf. Durch Implantation des Ileum in das Colon transversum erfolgt die Heilung. Interessant war bei der histologischen Untersuchung des Tumors, daß neben dem Carcinom sich Tuberkulose fand, ebenso auch in einer exstirpierten Drüse des Mesocolon. *Runge* (Berlin).

Piper, J. E., A case of acute primary typhlitis. (Ein Fall von akuter primärer Typhlitis.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 96, S. 1041—1042. 1913.

Die Typhlitis wurde entdeckt bei Operation einer eingeklemmten Inguinalhernie. Nach Entfernung des Processus vermiformis, an dem keine Entzündung nachzuweisen war, zeigte sich die Cöcalwand verdickt und infiltriert, so daß sie nicht einzustülpen war. Am Coecum fanden sich außerdem zwei gangränöse Appendices epiploicae. *Wiemer* (Herne).

Jenckel: Faustgroßes Carcinom der Flexura sigmoidea. (Altonaer ärztl. Ver., Sitz. vom 9. III. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 27, S. 1515. 1913.

Der Tumor wurde reseciert. Am 3. Tage post operat. starker Meteorismus. In der Annahme einer Nahtinsuffizienz wird ein coecaler After angelegt. Beim Eröffnen des Peritoneums entleert sich reichlich sanguinolente Flüssigkeit. Es zeigt sich ein Teil des Ileum kollabiert und in einen bleistiftdicken Strang umgewandelt. 2 Tage später Exitus. Autopsie: keine Peritonitis. Naht der Enteroanastomose hat gut gehalten. Peritoneum glatt, spiegelnd. In der Bauchhöhle blutige Flüssigkeit, das Jejunum und der obere Teil des Ileum sind meteoristisch aufgetrieben, ebenso der Dickdarm, die obere Ileumschlinge verengt sich allmählich trichterförmig zu einem bleistiftdicken, stark kontrahierten Gebilde, das den unteren Ileumabschnitt bis zum Coecum darstellt. Im Lig. gastro-colicum eine handtellergroße, blutig infarzierte Partie. Pancreas zeigt auf dem Durchschnitt Fettgewebsnekrose. Jenckel glaubt daher, daß es sich um eine akute Pancreasnekrose gehandelt hat, die sich am 3. Tage post oper. entwickelte, und daß die bei der Anlegung des Anus arteficialis bereits sichtbare Contractur des Ileum neben den Hämorrhagien im kleinen Netz und dem blutigen Exsudat im Douglas als toxische Folgeerscheinungen der Pancreasnekrose aufzufassen ist. *Runge* (Berlin).

Mathieu, Albert, Les phases initiales du cancer du gros intestin. (Die Anfangsstadien des Dickdarmkrebses.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 60, S. 981 bis 983. 1913.

Verf. hatte Gelegenheit, in einem Jahre 10 Fälle von Dickdarmcarcinom zu beobachten. Er hält es für wichtig, die Initialsymptome dieser Krankheit zu kennen, um dadurch eine frühzeitige Operation zu ermöglichen. Die Fälle, welche mit Darm-

okklusion oder blutigen Stühlen beginnen, läßt er beiseite und beschäftigt sich nur mit solchen, bei welchen die Symptome auf ganz andere Leiden hinzuweisen schienen. Bei manchen Menschen beginnt die Krankheit mit einer zunehmenden Anämie unter Verminderung der roten Blutkörperchen, Beschwerden, welche auf ein Darmleiden hinweisen, können vollständig fehlen. Bei anderen sind es permanente Diarrhöen, welche anfangs als alleiniges Symptom das Krankheitsbild beherrschen. Weiter kann es eine chronische Kolitis oder eine Colitis muco-membranacea sein, welche den Beginn der Krankheit anzeigen. Schließlich gibt es Fälle, die jahrelang an dyspeptischen Beschwerden leiden, welche auf ein Magenleiden hinweisen, bis endlich das Carcinom des Kolons gefunden wird. Für alle diese verschiedenen Arten des Beginns führt Verf. Beobachtungen an. Immer war es, wenn die richtige Diagnose gestellt wurde, schon zu spät, insofern eine radikale Entfernung des Carcinoms nicht mehr möglich war. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Orth, Oscar, Kasuistischer und experimenteller Beitrag zur Leber- und Gallengangsruptur. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 2, S. 369—375. 1913.

Ein 27 jähriger Mann fiel vom Fahrrad und stieß mit großer Wucht mit der oberen Bauchgegend auf die Kante einer vorstehenden Treppe. Zunehmende Bauchdeckenspannung in der rechten Oberbauchgegend gab die Indikation zur Operation, zu der jedoch der Patient sich erst 48 Stunden nach dem Trauma entschloß. Riß an der unteren Leberfläche, aus dem Blut und Galle in großer Menge in die Bauchhöhle geflossen war, Tamponade, Heilung nach 10 Tagen. Nebst der Bauchdeckenspannung war an dem Patienten die geringe Zahl von 54 Pulsschlägen in der Minute das auffallendste Symptom, die Pulsfrequenz ging erst wieder in die Höhe, als für den Abfluß der im Abdomen angesammelten Galle gesorgt war. Orth hält die Bradykardie übereinstimmend mit Finsterer für ein beachtenswertes Frühsymptom der Verletzungen der Leber oder der Gallengänge. Trotzdem aseptische Galle nur wenig entzündungserregend wirkt, muß für die Praxis die Regel gelten, daß möglichst bald operiert werden soll. *Moszkowicz* (Wien).CH

Nauwerck, C., und Lübke, Gibt es eine gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege? (*Pathol. hyg. Inst., Chemnitz.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 624 bis 627. 1913.

Die im Titel enthaltene Frage beantworten die Autoren an Hand eines gründlich untersuchten Falles von nur mikroskopisch nachweisbarer Gallenblasenperforation. Diese kleine Perforation hatte eine tödliche gallige Peritonitis erzeugt. Gestützt auf den Autopsiebefund, bekämpfen die Autoren die Ansicht von Clairmont und von v. Haberer, daß es eine gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege gebe, eine Ansicht, der wohl die meisten Chirurgen beipflichten. *Iselin* (Basel).CH

Harnorgane:

Ruge, E., Über den derzeitigen Stand einiger Nephritisfragen und der Nephritischirurgie. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6**, S. 565—608. Berlin, Springer. 1913.

Allgemeine Ergebnisse: Vornehmlich auf Grund der erst 20 Jahre alten Nephritischirurgie haben wir unsere Anschauungen über das Verhältnis des pathologischanatomischen Nierenbildes zum Urinbefunde und den anderen klinischen Erscheinungen ändern und korrigieren müssen. Wir können bei völlig gesunden Menschen Eiweiß und auch Cylinder nach größeren körperlichen Anstrengungen u. dgl. zeitweise im Urin nachweisen. Diese Albuminurie, die in physiologischen Grenzen liegt, ist individuell verschieden, da nach Leube eine verschiedene Empfindlichkeit des Nierenfilters anzunehmen ist. Die orthotische und lordotische Albuminurie, die in ihren reinen Formen meist als relativ gutartig zu bezeichnen ist, wird wahrscheinlich durch eine mechanische Beeinträchtigung und Irritierung der Nierenzirkulation hervorgerufen, da schon geringe Störungen in der Nierendurchblutung den feinen Sekretions- und Filtrationsapparat der Niere aus dem Gleichgewicht bringen können. Durch kräftige Massage der Nieren kann eine Ausscheidung von Eiweiß, Cylindern, Epithelien und Blutkörperchen bewirkt werden. Zu dieser Art „traumatischen Nephritis“ sind wohl zum Teil auch Nieren- und Urinerscheinungen zu rechnen, die wir häufig bei der mechanischen Insulten besonders stark ausgesetzten Wanderniere beobachten können.

Auf der anderen Seite haben Operationsbefunde die interessante Tatsache ergeben, daß bei eiweiß- und cylinderfreiem Urin echte nephritische Prozessse in den Nieren bestehen können; es sind hier nicht gemeint jene bekannten eiweißfreien Intervalle bei der Schrumpfniere. Die ersten Erscheinungen solcher „Nephritisfälle ohne Albuminurie" bestehen häufig in Nephralgien und Nierenblutungen. Während man früher diese Blutungen aus scheinbar gesunden Nieren als angioneurotische Störungen oder renale Hämophilie usw. auffaßte, neigt man jetzt mehr und mehr der Ansicht zu, daß solche eigenartigen Blutungen das Symptom einer chronischen Nephritis sind. Nach Casper, Kümmell und Kotzenberg ist der nephritische Prozeß fast stets doppelseitig. Eine einseitige oder partielle Nephritis ist möglich, aber wohl sehr selten. Bei einer etwaigen einseitigen Nephritis soll bald die chirurgische Behandlung einsetzen, da die Zerfallsprodukte der kranken Nierenteile eine toxische Wirkung auf die noch gesunden Bezirke ausüben sollen. Wirkung der Dekapsulation: Die akute infektiöse und toxische Nephritis zeigt eine Schädigung und Schwellung der gefäßführenden Zwischensubstanz mit darauffolgender Entzündung und Degeneration des Epithels. Die gequollene und stark vergrößerte Niere sitzt eingepreßt in der unnachgiebigen, fibrösen Kapsel; die Blutzirkulation und die Harnausscheidung stockt. Die Dekapsulation bringt eine Entspannung, und wir können käufig bei der akuten Nephritis beobachten, wie nach einer völligen Anurie ein reichlicher Urinstrom im Anschluß an die Operation einsetzt. Zerstörtes Nierengewebe können wir durch die Operation nicht zurückgewinnen, zu Regenerationen der Nierenepithelien kommt es nicht, aber teilweise geschädigte Zellen pflegen sich nach der Druckentlastung der Niere wieder zu erholen. Die Wirkung der Entkapselung bei akuter Nierenschwellung ist klar und verständlich, anders verhält es sich mit der Dekapsulation bei der chronischen Nephritis. Hier gehen die Meinungen noch auseinander. Edebohls glaubt, daß durch die Operation eine bessere Gefäßversorgung für die Niere geschaffen wird, wenn vom Nierenbett her neue Gefäße an die Nierenrinde herantreten. Dieser Kollateralkreislauf soll besonders reichlich sein, wenn die entkapselte Niere in Netz eingeschlagen wird. Andere Autoren bestreiten die Ausbildung eines Kollateralkreislaufes in der Nierenoberfläche; es soll sich sehr bald wieder eine feste, fibröse Kapsel bilden. Spezielle Chirurgie der Nephritis: Bei toxischer Nephritis z. B. nach Sublimat- oder Carbolvergiftung soll dekapsuliert werden, wenn die internen Mittel versagen. Wichtig ist, daß die Operation nicht zu sehr hinausgeschoben wird. Die Eklampsieniere soll enthülst werden, wenn die Entleerung des Uterus keine Besserung des klinischen Bildes bringt. Es ist ferner ratsam, bei akuter und akutester Nephritis nach Infektionskrankheiten die Nierendekapsulation vorzunehmen, wenn interne Mittel eine Oligurie und urämische Symptome nicht schnell beseitigen. Die akute infektiöse Nephritis (Nephritis apostematosa aut purulenta) ist hämatogenen Ursprungs und läßt sich meist von der aufsteigenden Pyelonephritis klinisch abgrenzen. Sie ist oft einseitig und fordert nach Ausführung des Uretherenkatheterismus eine baldige Frellegung der Niere mit Nephrotomie oder Nephrektomie. Beim Morbus Brightii ist der Versuch mit einer Nierendekapsulation zu machen, wenn eine konsequent durchgesetzte interne Behandlung keine Besserung bringt. Meist wird eine doppelseitige Dekapsulation ausgeführt. Bei einigen Fällen erleben wir Besserungen oder gar Heilungen im klinischen Sinne. In vielen Fällen beobachten wir nach der Operation ein Verschwinden oder wesentliche Besserung der subjektiven Beschwerden. Bei Urämie nach nephritischer Anurie oder Oligurie kann als letzter Ausweg die Nierenaushülsung gemacht werden, zumal einige überraschende Erfolge beobachtet sind. Massenblutungen bei chronischer Nephritis sind beim Versagen der konservativen Therapie chirurgisch zu behandeln. Zur Dekapsulation wird die Nephrotomie hinzugefügt, um völlige Sicherheit über die Ursache der Blutung zu erhalten. Ebenso machen wir die Entkapselung und Spaltung der Niere bei nephritischen Nephralgien, die klinisch ähnliche Züge wie die nephritischen Blutungen zeigen und oft mit diesen zusammen vorkommen. Literatur. *Oehlecker* (Hamburg).[CH]

Cathelin, F., La sympathie réno-rénale unilatérale. (Über den Einfluß einer kranken Nierenpartie auf den gesunden Nierenrest.) Bull. méd. Jg. 27, Nr. 39, S. 459—461. 1913.

Nach Cathelin besteht nicht nur eine Beeinflussung einer gesunden Niere durch die andere kranke Niere, sondern auch ein Einfluß einer selbst kleinen, kranken Nierenpartie auf den gesunden Nierenrest. Demonstration dieser, wie C. glaubt, neuen Beobachtung an Hand von zwei Krankheitsfällen. *Leuenberger* (Bern).CH

Morel, L., et H. Verliac, L'hypertrophie rénale compensatrice. (Die kompensatorische Hypertrophie der Niere.) (*Clin. des mal. des voies urin., prof. Legueu.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 74, Nr. 21, S. 1202—1204. 1913.

Es wurde bei 25 Ratten die linke Niere exstirpiert und die Tiere nach verschiedenen Zeiten getötet. Dabei ergab sich folgendes: zwischen dem 4. und 10. Tage p. nephrectomiam Gewichtszunahme um 34%, zwischen dem 10. und 20. Tage ist das Nierengewicht wieder geringer, so daß es sich zu vorher wie 9 zu 16 verhält; zwischen dem 20. und 30. Tage nimmt die Niere wieder etwas an Gewicht zu. Diese Zunahme in der ersten Periode ist durch Ödem und Hyperämie bedingt, erst in der zweiten Periode setzt die Hypertrophie ein. *Lembcke.*

Zuckerkandl, O., Über die örtliche Behandlung renaler Harn- und Eiterstauungen durch Harnleiterkatheterismus. Wien. med. Wochenschr. Jg. 63, Nr. 22, S. 1345—1355. 1913.

Normalerweise findet sich im Nierenbecken kein Harn. Residualharn im Nierenbecken ist als ein pathologischer Zustand zu betrachten. Komplette wie inkomplette Harnverhaltungen, sowohl in der aseptischen wie in der infizierten Form, können wir durch Einführen des Ureterenkatheters therapeutisch beeinflussen, wenn es auch in vielen Fällen nur palliativ geschehen kann. Bei vollständiger Urinretention in der Niere können wir die schweren Erscheinungen des Anfalls (z. B. bei intermittierender Hydronephrose) gewöhnlich sehr bald durch die Evakuation des angestauten Harns durch den Ureterenkatheter beseitigen. Auf die Dauer können wir durch den Katheterismus hier nicht helfen, zumal bei den kompletten Formen der Harnverhaltung im Nierenbecken nach kurzer Zeit ein Druckschwund des Nierengewebes einzutreten pflegt. Ein größeres Anwendungsgebiet für den Harnleiterkatheterismus in therapeutischer Hinsicht liegt bei den chronisch inkompletten renalen Harnretentionen, und hier sind es vornehmlich die infizierten Formen. Neben dem Katheterismus kommen auch Spülungen des Nierenbeckens in Frage. Dauerdrainage soll wegen Blutungen, Schmerzen usw. nicht allzulange ausgedehnt werden, wenigstens nicht länger als 24 Stunden. Jeder einzelne Krankheitsfall soll unter Berücksichtigung aller Symptome und unter Anwendung aller modernen Hilfsmittel genau pathologisch-anatomisch analysiert werden. Bei Erkrankung des Nierengewebes selbst oder des pararenalen Gewebes, bei schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens usw. soll sofort operativ eingegriffen werden. *Oehlecker.*CH

Green, Robert M., Infections of the upper urinary tract in infancy and childhood. (Infektionen der oberen Harnwege im frühen und späten Kindesalter.) (*Childr. hosp.*) Boston med. a. surg. journal Bd. 168, Nr. 18, S. 645—649. 1913.

Verf. kommt auf Grund von 6 selbstbeobachteten Fällen und der einschlägigen Literatur zu folgenden Schlüssen.

Bei jungen und älteren Kindern entstehen Infektionen der oberen Harnwege, wenn auch selten anscheinend ohne zureichende vorhergehende Ursache. Ihr Beginn ist akut. Die Diagnose wird oft verfehlt wegen Vortäuschung anderer infektiöser Zustände. Die beiden gewöhnlichsten Formen sind akute Pyelitis und akute Nephritis. Die letztere ist zumeist hämatogen, die erste entsteht wahrscheinlich durch Ausbreitung auf dem Lymphwege vom Darme her. Prädisponierende Ursachen sind Steine, Verstopfung, Phimose, Analfissuren und infektiöse Herde an anderen Stellen. Die klassischen Zeichen beider Erkrankungen sind Fieber, Pyurie und Druckschmerz im costovertebralen Winkel. Die Differentialdiagnose hängt von der Urinuntersuchung ab. Die Behandlung besteht in Ruhe, Milchdiät, Diurese, Abführen, Urotropin usw.; in hartnäckigen Fällen Vaccination, chirurgisches Vorgehen nur im äußersten Falle. *W. Israel* (Berlin).CH

Hogge, Albert, Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose rénale. Vingt-cinq néphrectomies. Applications de la constante d'Ambard. (Beitrag zum Studium der Behandlung der Nierentuberkulose. 24 Nephrek-

tomien. Anwendung der Konstante von Ambard.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. **52**, S. 86—137. 1913.

Gestützt auf das ansehnliche Material empfiehlt Hogge bei Nierentuberkulose möglichst frühzeitig das kranke Organ zu exstirpieren und betont den Wert der Konstante von Ambard. *Leuenberger* (Bern).CH

Porcile, Vittorio: Contributo alla chirurgia della tubercolosi renale. (Beitrag zur Chirurgie der Nierentuberkulose.) (*Clin. chirurg., univ. Genova.*) Policlinico. Sez. prat. Jg. **20**, Nr. 25, S. 886—890. 1913.

Erfolgreiche Nephrektomie bei 4 Fällen von einseitiger Nierentuberkulose. 2 mal war die Erkrankung schon ziemlich weit fortgeschritten. Der Ureter wurde stets mit reseziert und sein Stumpf am unteren Winkel der Operationswunde (Lumbalschnitt) fixiert. Darauf glatte Heilung ohne nachträgliche Fistelbildung. *Colombino* (Mailand).

Welz, A.: Nierensyphilis. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 25, S. 1201. 1913.

Zwei Fälle von Nierenaffektionen, von denen die eine unter dem Bild eines paranephritischen, die andere unter den Erscheinungen eines pyelitischen Prozesses verlief. Urin eiweißhaltig, im Sediment Erytrocyten und viele Leukocyten, keine Bakterien. Starke Schwankungen des Allgemeinbefindens und zunehmende Entkräftung. Der Verdacht auf Nierensyphilis wurde in einem Falle durch positiven Wassermann, im anderen außerdem durch papulöses Exanthem bestärkt und durch den raschen Heilerfolg nach Quecksilber, Salvarsan, Jodkalizufuhr bestätigt. *Scheidemandel* (Nürnberg).M

Giuliani, Kyste hématique du rein. Kyste séreux du rein. (1. Blutcyste der Niere. 2. Seröse Nieren-Cyste.) Journal d'urol. Bd. **3**, Nr. 5, S. 619 bis 622. 1913.

1. 52jähriges Fräulein mit schweren Hämaturien, vor allem nach Anstrengungen; der Ureterenkatheterismus ergibt rechts rote und weiße Blutkörperchen im Sediment. Nephrektomie unter der Diagnose Krebs. Der citronengroße Tumor hängt an der im übrigen normalen Niere; bisher sind 11 Fälle von Blutcysten der Niere bekannt. — 2. Bei einer 38jährigen Nonne wurde als zufälliger Befund ein Tumor der rechten Nierengegend gefunden und die Diagnose auf geschlossene Hydronephrose gestellt, da der Ureterenkatheterismus keinen Tropfen Urin ergab. Der Tumor, der sich mitsamt der Niere leicht herauslösen ließ, enthielt klare durchscheinende Flüssigkeit. 63 Fälle der Literatur, bei den meisten wurde die Diagnose vorher nicht gestellt. *Valentin* (Berlin).CH

Serafini, Giuseppe, Sulla nefrectomia seguita da immediata decapsulazione del rene superstite. (Über Nephrektomie mit sofortiger Dekapsulation der übrigbleibenden Niere.) (*Clin. chirurg. dimostr., univ., Torino.*) Giorn. della r. accad. di med. di Torino Jg. **76**, Nr. 1/2, S. 12—17. 1913.

Bei Experimenten an Kaninchen beobachtete Serafini, daß der Nephrektomie mit sofortiger Dekapsulation der zurückgelassenen Niere mit Regelmäßigkeit ein vollständiges Aussetzen der Nierenfunktion in den ersten 24 Stunden nach der Operation nachfolgte, während dies bei der einfachen Nephrektomie nur bei einem Tiere auftrat. Die experimentellen Erfahrungen Serafinis lassen die Dekapsulation der übrigbleibenden Niere sofort nach einer Nephrektomie beim Menschen als wenig ratsam erscheinen. *Leuenberger* (Bern).CH

Carnot, Paul, Sur l'hypertrophie compensatrice du rein après néphrectomie unilatérale. (Kompensatorische Hypertrophie der Niere nach der Nephrektomie.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74**, Nr. 19, S. 1086—1088. 1913.

An 92 Kaninchen und Meerschweinchen, deren beide Nieren ungefähr gleich groß sind, wurde die eine Niere exstirpiert, gewogen und nach einiger Zeit das Tier getötet und das Gewicht der restierenden Niere bestimmt. Die Messungen ergaben für die meisten Fälle eine beträchtliche Gewichtszunahme bis 53% in fünfzehn Tagen, durchschnittlich 33% in zwei Wochen. Die Versuche zeigen, daß die kompensatorische Hypertrophie sehr schnell und sehr intensiv erfolgt, daß aber bei den einzelnen Tieren große individuelle Unterschiede in der Intensität derselben bestehen. *v. Lichtenberg*.CH

Ponzio, Mario, Un caso di pseudo-calcolo renale all'indagine radiologica. (Ein Fall von scheinbarer Nephrolithiasis im Röntgenbilde.) (*Osp. Mauriziano Umberto I.*) Giorn. della r. accad. di med. di Torino Jg. 76, Nr. 1/2, S. 43—45. 1913.

Auf Grund des klinischen Befundes und eines haselnußgroßen Schattens auf verschiedenen Röntgenplatten im Nierengebiet wurde bei einer Nierenkranken die Diagnose auf Nephrolithiasis gestellt. Bei der Operation fand sich ein faustgroßer Nierentumor. Der Schatten im Röntgenbilde war bedingt worden durch einen kleinen harten Körper in der Capsula adiposa. Der haselnußschalenartige Körper wurde gebildet durch die Wandung einer großen Vene, deren Media verkalkt und an einigen Stellen verknöchert war. *Leuenberger.*CH

Klieneberger, Carl, Die Radiographie in der Diagnostik der Nephrolithiasis. Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 22, S. 1012—1013. 1913.

Auf Grund seiner Erfahrungen warnt Klieneberger vor einer Diagnosestellung auf Nierenstein allein aus der Radiographie; diese stellt nur eine der klinischen Untersuchungsmethoden dar, die kritisch und skeptisch zusammen mit dem übrigen klinischen Material verwertet werden soll und nicht gegen die Ergebnisse der Anamnese und der sonstigen Untersuchungsbefunde ausgespielt werden darf. Den Grund zu dieser vorsichtigen Bewertung der Radiographie bilden die zahlreichen, leicht möglichen Irrtümer in der Deutung von Schatten im Bereich der Nieren. *Thiemann* (Jena).CH

Turner, Philip: Renal calculi in both kidneys. (Beiderseitige Nierensteine.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 8. Clin. sect. S. 224—226. 1913.

Verf. operierte eine 42jährige Frau, die seit 18 Jahren an Steinbeschwerden litt, erst auf der linken, nach 4 Wochen auf der rechten Seite, entfernte jederseits eine Anzahl von Steinen und entleerte mehrere Nierenabscesse. Heilung. — In der Diskussion sprachen Charters Symonds, W. G. Spencer und C. H. Fagge über ähnliche Fälle ihrer Beobachtung. *Blanck.*

Furniss, H. D., Impacted ureteral calculi released by fulguration. (Eingeklemmter Ureterstein, durch Fulguration gelöst.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 60, Nr. 20, S. 1534. 1913.

Bei einer 49jährigen Frau, die an Nierenkoliken litt, sah Furniss cystoskopisch einen taubeneigroßen Tumor in der Gegend der Uretermündung und hielt ihn angesichts seiner großen Härte (vaginal palpiert) für einen malignen Tumor. Therapie: Fulguration. Der Effekt derselben war, daß nach kurzer Zeit in der Uretermündung ein großer rauher Stein zutage trat, der sich bald spontan in die Blase entleerte. Hinter ihm entleerte sich spontan ein zweiter. Jedes Zeichen von Tumor verschwand aus der Blase. Die Uretermündung blieb bleistiftdick erweitert. Diesen, in diesem Fall auf Irrtum basierten Erfolg der Arsonval-Therapie rät Verf., in ähnlichen Fällen von Einklemmung von Uretersteinen in der Uretermündung methodisch auszunutzen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).CH

Lastaria, F., Encore un mot sur la taille hypogastrique à vessie vide. (Noch ein Wort zum hypogastrischen Schnitt bei leerer Blase.) Presse méd. Jg. 21, Nr. 44, S. 438—439. 1913.

Erneute Empfehlung dieses Schnittes, der die Gefahren und Unannehmlichkeiten der Luft- bzw. Flüssigkeitsfüllung der Blase vermeidet. Das Peritoneum wird nicht verletzt, wenn man dicht oberhalb der Symphyse bei Beckenhochlagerung den Haut-Fascienschnitt ausführt. Man kann dann leicht stumpf die Blase freilegen, die außer durch die anatomische Lage auch durch ihre zwei parallelen, juxtamedianen Venen kenntlich ist. Eröffnung der Blase zwischen Kocherschen Klammern. Verf. hat die Operation 40mal ausgeführt — das Alter der Pat. liegt zwischen 16 Monaten und 70 Jahren —, ohne jemals der geringsten Schwierigkeit zu begegnen. *Magenau.*CH

Buerger, Leo, Diverticule congénital de la vessie avec orifice contractile. (Kongenitales Blasendivertikel mit contractiler Mündung.) Journal d'urol. Bd. 3, Nr. 5, S. 591—594. 1913.

Verf. beobachtete folgendes eigenartige Phänomen: Bei einem 48jährigen Patienten zeigte sich cystoskopisch auf dem Grunde eines großen, dicht hinter dem linken Ureterorificium gelegenen Divertikels ein Papillom. In dem Moment, als er sich anschickte, mit Hochfrequenzstrom das Papillom zu zerstören, kontrahierte sich die Mündung des Divertikels und verschloß dieses vollkommen. Ein gleiches geschah bei mehreren späteren Versuchen, bis es endlich glückte, an das Papillom heranzugelangen. — Verf. hat schon früher bei 2 anderen Fällen Gelegenheit gehabt, solche contractilen Divertikel zu finden; es wurde hier, bei Sectio alba, der palpierende Finger von dem Schließmuskel des Divertikels fest umklammert. — 2 Abbildungen. *Posner* (Heidelberg).CH

Tytgat, E., Les dernières opérations pour la cure de l'extrophie vésicale. (Die neueren Operationen zur Behandlung der Blasenektopie.) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand Bd. **4**, Nr. 5, S. 191—198. 1913.

Geschichtlicher Überblick über die verschiedenen Operationsmethoden zur Behandlung der Blasenspalte. Das Verfahren von Heitz, Bojer und Hovelacque (Einpflanzung der Ureteren in das Rectum, das oberhalb der Einpflanzungsstelle durchtrennt und verschlossen wird. Das obere Ende des Rectums wird retrorectal heruntergeführt und von einer Incision an der Hinterwand des Rectums wiederum in den Mastdarm eingeleitet) wird als die beste Methode bezeichnet, die auch dem Verfahren von Makkas überlegen ist. *Frangenheim* (Leipzig).[CH]

Kelly, Howard A.: Incontinence of urine in women. (Urininkontinenz bei Frauen.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 6, S. 291—293. 1913.

Kelly schlägt folgende Operationsmethode vor:

Steinschnittlage. Einlegen eines dünnen Pezzerschen Katheters. Längsspaltung der vorderen Vaginalwand in einer Länge von $1^1/_2$—2 Zoll, so daß der Blasenhals etwa in der Mitte dieser Incision liegt, Ablösen der Scheide von der Blase in einer Ausdehnung von etwa 2 bis $2^1/_2$ cm und Isolierung des Blasenhalses. Dann wird mit 2—3 Matrazennähten das gelockerte Gewebe zu beiden Seiten des Blasenhalses über dem eingelegten Katheter zusammengenäht. Hierauf Resektion der überflüssigen Scheidenwand und Schluß der Wunde. *Wiemer.*

Gayet et Boulud, La constante uréo-sécrétoire d'Ambard. Quelques applications cliniques en chirurgie urinaire. (Die Urinkonstante von Ambard. Einige Anwendungen in der Chirurgie der Harnwege.) Lyon méd. Bd. **120**, Nr. 3, S. 97—105. 1913.

Die Bestimmung der Urinkonstanten von Ambard soll nach Ansicht der Verff. stets vor einem operativen Eingriff im Bereich der Harnwege ausgeführt werden, da ihr Ausfall wesentlich zur Entscheidung der Frage, ob der Kranke den Eingriff überstehen wird, beiträgt. Unter 9 Prostatektomien ein Todesfall, bei dem die Bestimmung der Konstanten vor der Operation unterlassen war. 3 Wochen später urämische Symptome, Konstante sehr hoch (0,89), nach 14 Tagen Exitus. Auch bei anderen Erkrankungen, besonders den tuberkulösen Nierenerkrankungen, ist die Methode sehr wertvoll, da eine hohe Konstante auf eine doppelseitige Affektion hindeutet, bei der ein operativer Eingriff nur wenig Aussicht auf Erfolg verspricht. *Münnich* (Erfurt).[CH]

Dapper, Max: Über die Bestimmung und das Vorkommen von Milchsäure im Harn. (*I. med. Klin., Univ. Wien.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **51**, H. 5, S. 398—406. 1913.

500 ccm Harn im Vakuum bei 50—60° auf 100—120 ccm eingeengt, werden nach Zusatz von 50% Schwefelsäure im Lindtschen Apparat extrahiert (24 Stunden lang); der auf dem Wasserbad nach Zusatz von ammoniakhaltigem Wasser stark eingeengte Ätherextrakt wird in den Milchsäureapparat gebracht, 300 ccm verdünnte Schwefelsäure zugesetzt, dann unter starker Flamme 200 ccm abdestilliert. Daran schließt sich die eigentliche Milchsäurebestimmung nach v. Fürth-Charnaß. Der Äther muß gereinigt und vor der Oxydation im Apparat vollständig entfernt sein.

Verf. hat mit dieser Methode bei 7 Fällen (Pneumonie, Diabetes, Hämatochromatose, Ikterus, Nephritis, perniziöse Anämie) die Tagesmenge der im Harn ausgeschiedenen Milchsäure bestimmt. Der niedrigste Wert betrug 0,0516 g (Nephritis), der höchste 0,4893 g (Ikterus), die übrigen 0,10—0,187 g. *L. Jacob* (Würzburg).[M]

Tumoren des knöchernen Beckens und der Glutaealgegend:

Camera, Ugo, L'importanza delle nevralgie sciatiche e lombari nella diagnosi dei tumori infiammatori tubercolari del bacino. (Über die Bedeutung der Ischias und der Neuralgie im Bereiche der Lumbalnerven für die Diagnose der tuberkulösen Beckentumoren.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg., univ., Torino.*) Policlinico. Sez. prat. Jg. **20**, Nr. 22, S. 769—771. 1913.

Bericht über 3 diesbezügliche Fälle, die Verf. längere Zeit beobachten konnte. Bei allen dreien war die Ätiologie der neuralgischen Beschwerden zunächst völlig unklar; es entwickelten sich allmählich in Erweichung übergehende Tumoren, die ihren Sitz in der Fossa iliaca hatten und ihren Ursprung vom Becken nahmen. *Bibergeil* (Berlin).[CH]

Mamma:

Pozzo, Antonio, Cancro mammario e secrezione ematica. Un caso di „blutende Mamma“. (Brustdrüsenkrebs und blutige Sekretion.) (*Osp. civ., Padova.*) Morgagni I. Jg. **55,** Nr. 5, S. 185—192. 1913.

42jährige Frau bemerkte seit Juni 1912 einen blutigen Ausfluß aus der linken Brustwarze, der ihr zunächst keine Beschwerden verursachte, nur wenn sie anstrengende Arbeit verrichtete, bekam sie Schmerzen. Allmählich entwickelte sich im Anschluß an diesen Ausfluß eine fast gänseeigroße Geschwulst, wegen welcher vom Verf. die linke Brust amputiert und die bereits vergrößerten Achseldrüsen entfernt wurden. Beim Durchschneiden der entfernten Brust erkannte man eine dicht unter der Brustwarze liegende mit blutig-serösem Inhalt angefüllte Höhle, in deren Umgebung sich die Geschwulstmasse entwickelt hatte. Letztere wurde als ein alveoläres Carcinom angesprochen, das von zahlreichen dünnwandigen Blutgefäßen durchzogen wurde.

Die Krankheit ist zum ersten Male von Mintz auf dem X. russischen Chirurgen-Kongreß 1911 besprochen worden. Der blutig seröse Ausfluß kommt bei Frauen, die in der Menopause sind oder sich ihr nähern, vor, meist entwickelt sich im Anschluß daran eine Geschwulst der Brustdrüse, und wenn diese Geschwulst auch gutartig sein kann, so geht sie doch häufig in eine maligne über. Der blutig seröse Ausfluß aus der Brust ist nach den meisten Autoren ein Warnungszeichen, durch frühzeitige Amputation der Brust kann verhindert werden, daß eine benigne Geschwulst in eine maligne übergeht. *Herhold* (Hannover).[CH]

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Markoe, James W.: The practitioner as an obstetrician. (Der Allgemeinpraktiker als Geburtshelfer.) Bull. of the lying-in hosp. oft he city of New York Bd. **9,** Nr. 2, S. 117—125. 1913.

Verf. teilt die geburtshilflichen Erfahrungen, die er während 25 Jahren als Leiter des New-Yorker Wöchnerinnen-Hospitals in Klinik und Privatpraxis sammeln konnte, als Belehrung für den Allgemeinpraktiker mit. Die ärztliche Tätigkeit des genannten Hauses, das im Jahre 1890 zu Unterrichtszwecken für Studenten und Hebammen gegründet wurde, ist sehr segensreich gewesen; unter 57 000 Patientinnen der Poliklinik in den letzten 23 Jahren war eine Mortalität von 0,2% zu verzeichnen. Unter 45 000 Geburten waren 36 Todesfälle an Sepsis oder 0,08%. Uterusruptur war im ganzen 20mal die Todesursache; in 9 Fällen bei der Wendung auf den Fuß, sechsmal spontan, einmal bei Cervixamputation durch hohe Zange, je einmal durch (Frau) Fall und in alter Kaiserschnittnarbe. 19 Frauen gingen an Eklampsie, 16 an Placenta praevia zugrunde. Bei den übrigen 54 Todesfällen waren Pneumonie, Herzkrankheiten, Lungentuberkulose, Krebs, Lungenembolie anzuschuldigen. Infolge der sich bessernden Technik und der Beherrschung der Asepsis sank die Mortalität an Sepsis von 0,12 auf 0,08%. Gummihandschuhe konnten aus Sparsamkeitsgründen nicht gebraucht werden. Verf. weist auf die chirurgische Hygiene der Hände hin, die vor jeder Berührung mit infektiösen Stoffen peinlichst zu bewahren sind, weil nur so, in Verbindung mit einer gründlichen Desinfektion, gute Resultate erzielt werden können. Die Infektien einer reinen Wunde fällt stets den Ärzten oder dem Pflegepersonal zur Last, wobei die Verantwortung der Operateur trägt. Desinfektion der Genitalien und Abdeckung des Operationsfeldes entsprechen dem üblichen Vorgehen. Auch nach „normalen“ Geburten soll eine gründliche Inspektion der Genitalien vorgenommen werden, um Damm-, Vaginal- und Cervixrisse nicht zu übersehen. Kreißende müssen zur richtigen Ausnutzung der Wehen angeleitet, der Blasensprung muß bei I. Parae möglichst spät, bei M. P. früh gemacht werden; die Ausführung geburtshilflicher Eingriffe sollte von der jeweiligen Sachlage, nie vom Zeitpunkt der Geburt abhängig gemacht werden. Hohe Zangen dürfen aus dringender Indikation nur sehr Geübte, die auch Blutstillung aus großen Cervixrissen beherrschen, ausführen. Die Zangenblätter sollen nicht länger als 10 cm sein, bei der Einführung ist zuerst die Beckenkrümmung, dann die Wölbung des kindlichen Schädels zu beachten. Bei der hohen Zange soll zunächst die Zugwirkung in einer vom Nabel zur Steißbeinspitze gerichteten Linie erfolgen, um sich erst zum Schluß gegen die Symphyse nach aufwärts zu richten. *Rittershaus* (Coburg).

Kupferberg: Geburtshilfliche und gynaekologische Tagesfragen. (Ärztl. Kreisver., Mainz, Sitzung v. 7. Jan. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 28, S. 1575. 1913.

Zuerst bespricht Verf. die Schwierigkeit der Bestimmung der Tragezeit von Neuge-

borenen nach Gewicht und Längenmaßen. Des weiteren werden die Mittel zur Erzielung einer schmerzlosen Geburt besprochen und dabei am meisten die Kombination von Pantopon und Skonolamin empfohlen. Auf Grund eines Falles von schwerster Thrombose mit sekundärer Lungen- und Femoralisembolie wird vor zu frühem Aufstehen post partum gewarnt. Die Methode nach Stroganoff-Zweifel bei Eklampsie wird sehr empfohlen. Des weiteren werden günstig besprochen der Momburgsche Schlauch und die Metreuryse. Erwähnung findet dann noch die Melaena neonatorum. Von gynaekologischer Seite wird der Nassauersche Pulverbläser zur Heilung von Fluor empfohlen. Pituitrin bei funktioneller Amenorrhöe ist des Versuches wert. Erwähnung der gynaekologischen Röntgentherapie. Zum Schlusse Demonstration einer Ovarialcyste mit völliger Spontanamputation nach Stieldrehung, dito einer Parovarialcyste und einer mobilen Tube, ebenfalls nach Stieldrehung. Zum Schluß Demonstration eines Chorionepithelioms und einer Hutnadel, die nach Abort aus dem Uterus extrahiert wurde. *Runge* (Berlin).

Schwangerschaft:

Lynch, Frank W.: Cervical decidua. (Deciduabildung in der Cervix.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 694—701. 1913.

Verf. hat aus der Literatur sämtliche Fälle von Deciduabildung in der Cervix zusammengesucht und einen eignen Fall hinzugefügt.

22jähr. I-Gravida im 4. Monat. Nach wiederholten leichten Blutungen, besonders nach Coitus, wird zur Sicherstellung der Diagnose Placenta praevia die Cervix dilatiert. Dabei finden sich polypenartige Exkreszenzen der Cervixwand, die maligne aussehen. (Sarkomverdacht!) Dieselben werden abgekratzt und der Uterus ausgeräumt. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der Auswüchse ergibt deciduales Gewebe mit ödematösem Stroma und abgeflachtem Epithel (3 Abbildungen mikroskopischer Präparate). *Lamers* (Amsterdam).

Ries: Chorionzotten nach 18 Jahren. (Dtsch. med. Ges. in Chikago. Sitz. vom 27. II. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 27, S. 1522. 1913.

45jährige Frau, die 4 Geburten, zuletzt vor 19 Jahren, und einen Abort vor 18 Jahren hatte. Seit einiger Zeit leidet sie an starken Uterusblutungen infolge Myom. Die entfernte Geschwulst zeigt an der unteren Schnittfläche ein fadenförmiges Gebilde, das sich in eine große Uterusvene verfolgen läßt und in der Gegend der linken Uterusecke in der Vene adhärent ist: hier befindet sich eine Anzahl von Venen, an deren Innenwänden zum Teil weiße Pfröpfe adhärent sind. Diese Gebilde erweisen sich als Chorionzotten, welche ganze Bündel bilden, ohne daß Thrombosen bestehen.

Das Interessante an diesem Falle ist, daß die Chorionzotten von einem 18 Jahre zurückliegenden Abort herrühren müssen. Vielleicht erklären solche Vorkommnisse das bisher unerklärliche Auftreten von Chorionepitheliomen 9—15 Jahre nach Eintreten der Menopause. Chorionzotten, die in Venen eingebrochen sind, sind einige Monate post abortum zu wiederholten Malen beobachtet worden, aber niemals nach so langer Zeit, wie in diesem Falle. *Runge* (Berlin).

Hite, G. M.: Important remedies in gestation and parturition. (Wichtige Heilmittel in der Schwangerschaft und im Wochenbett.) Nation. elect. med. assoc. quart. Bd. **4,** Nr. 4, S. 348. 1913.

Für die Schwangerschaft Empfehlung einer vorwiegend vegetarischen Diät und häufiger Bäder mit nachfolgender Öleinreibung der Bauchwände. Im Wochenbett gibt Verf. 5 Tage lang generell neben sonstigen ev. indizierten Medikamenten eine aus Aconit-Cinnamonium-Ferrum phosphoricum und Kali chlorat. zusammengesetzte Patentmedizin, nach amerikanischem Muster, stündlich 1 Teelöffel. Für vaginale Spülungen empfiehlt Verf. Borax. *Vaßmer* (Hannover).

Pierra, Louis: Quel doit être le régime de la femme enceinte? (Diät bei Schwangeren.) Journal des sages-femmes Jg. **41,** Nr. 13, S. 289—291. 1913.

Eine große Zahl Schwangerer überernährt sich vom Beginn der Gravidität an. Das ist ebenso verkehrt wie eine Unterernährung. Man soll darauf achten, daß die einzelnen Mahlzeiten nicht zu reichlich sind, weil die Verdauung immer verlangsamt ist; deshalb rufen zu große Mahlzeiten Verdauungsstörungen und Unbehagen hervor. Die Schwangere soll also öfters kleinere Mahlzeiten zu sich nehmen, wie schon Mauriceau gelehrt hat. P. will außer mittags und abends ein reichliches Frühstück und etwa um 4 Uhr nachmittags noch einen kleinen Imbiß geben. Was die Wahl der Speisen anlangt,

so sollen Schwangere nicht viel Fleisch essen, gegen Ende der Gravidität abends überhaupt kein Fleisch mehr. Was die Fleischsorten anlangt, so verbietet Verf. konserviertes Fleisch, Wild, ferner fettes Fleisch (Schwein), Fleisch junger Tiere (Lamm, Kalb) und erschöpfter Tiere (Pferdefleisch) Die Hauptnahrung soll aus Gemüsen, Eiern und Früchten bestehen; sie muß möglichst wenig Salz enthalten. Von Getränken sind schwarzer Tee und andere Teearten (Pfefferminz, Kamillen, Lindenblüten, Hopfen u. a.) zu empfehlen, vor allem heiße Getränke, ferner Milch, die gleichzeitig den Vorteil hat, stark diuretisch zu wirken. Die Schwangere soll zwischen den Mahlzeiten trinken, besonders dann, wenn die Urinmenge unter 12—1500 ccm heruntergeht. Schwere Weine und die sogenannten tonischen Weine sind schädlich. Wasser, Bier oder verdünnter Wein zu den Mahlzeiten genossen ist nicht schädlich. Kaffee danach wird besser vermieden. *Zweifel* (Jena).

Lichtenstein: Zur Serumreaktion nach Abderhalden. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 26, S. 1427—1429. 1913.

Auf Grund der ausschließlich mit dem Dialysierverfahren angestellten Untersuchungen werden die Abderhaldenschen Resultate voll bestätigt. Sera von 42 Graviden — 6 Tubargraviditäten und 4 Eklampsien — und von 34 Nichtgraviden untersucht. Nach Abzug dreier fehlerhaft angestellter Untersuchungen zwei negative Ausfälle bei bestehender Gravidität. Hier zwar noch Eiteile im Uterus resp. Körper vorhanden, aber der notwendige Stoffaustausch zwischen ihnen und dem mütterlichen. Blut gestört. Im Wochenbett erlischt Reaktion nach 3 Wochen. Alle nichtgraviden Sera gaben negatives Resultat. Ebensowenig baute Nabelschnurblutserum oder Cerebrospinalflüssigkeit Placenta noch Eklampsieplacenta ab. Serum Eklamptischer baute normale wie Eklampsieplacenta stark ab. Einwirkung von Serum normaler oder nephritischer Gravider auf normale oder Eklampsieplacenta nicht wesentlich verschieden in der Stärke des Abbaus. Fruchtwasser Nichteklamptischer und Ascites Nichtgravider negativer Ausfall. Trotz der Schärfe der Reaktion soll therapeutisches Handeln nicht allein von ihrem Ausfall abhängig gemacht werden. Anschauung Abderhaldens, daß massenhaftes Anschwemmen von Chorionzotten ins mütterliche Blut zum Zustandekommen der Reaktion nicht nötig, wird durch interessante klinische Beobachtung gestützt. *Graeupner* (Bromberg).

Bolaffio, Michele, Contributo alla diagnosi di gravidanza col metodo ottico di Abderhalden. (Beitrag zur Schwangerschaftsdiagnose mit der optischen Methode nach Abderhalden.) Pathologica Jg. **5,** Nr. 111, S. 352 bis 355. 1913.

Nachprüfung des optischen Verfahrens bei 40 Frauen. Ausführung der Technik genau nach den Vorschriften von Abderhalden, bei Verwendung 4 verschiedener Placentarpeptone. Unter 24 Schwangeren fiel die Reaktion 19 mal positiv, 2 mal zweifelhaft, 3 mal negativ aus. Die negativen Resultate beziehen sich auf je einen Fall von Eklampsie, Blasenmole und Lues. (Im letzteren Fall war die Frucht seit langer Zeit abgestorben.) Bei 16 Nichtschwangeren Reaktion 1 mal positiv.

Verf. glaubt, daß dem optischen Verfahren wegen seiner technischen Schwierigkeiten und seiner unsicheren Resultate mehr theoretische als praktische Bedeutung zukommt. *Colombino* (Mailand).

Veit, J.: Die Serodiagnostik der Gravidität. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 27, S. 1241—1243. 1913.

Veit hat an der Entwicklung der Abderhaldenschen Reaktion theoretisch einen gewissen Anteil durch seine biologischen Blutuntersuchungen und die Begründung der Lehre von dem Eindringen von Placentarelementen in die mütterliche Blutbahn. Diese Lehre war der Ausgangspunkt für A.s Schwangerschaftsreaktion, die man auch mit dem Serum nichtträchtiger Tiere, die man mit Placenta vorbehandelt, erhält. V. bestätigt aus den Erfahrungen der Halleuser Klinik den Wert der Methode, auch für ganz frühzeitige Schwangerschaft und die theoretische Bedeutung für die normale und pathologische Physiologie der Schwangerschaft. Die Reaktion ist eine placentare,

weder das Leben der Frucht noch deren Anwesenheit ist zum positiven Ausfall notwendig. Dieser beweist das Vorhandensein einer gewissen Menge lebenden Placentargewebes. Es bestehen Analogien mit anderen biologischen Schwangerschaftsreaktionen, der Kobragiftaktivierung, der Präcipitation, die aber alle nicht so sicher und darum für die Praxis weniger brauchbar sind, wie Abderhaldens Reaktion. Bei dieser ist das Ferment spezifisch eingestellt auf das Eiweiß des Chorionepithels. Die Reaktion ist auch vorhanden bei Tieren, deren Chorionzotten nicht in das Blut eintauchen. Hier werden die chemisch wirksamen Bestandteile des Chorionepithels durch die Lymphbahnen dem mütterlichen Blute zugeführt. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Judd, Charles C. W.: The serum diagnosis of pregnancy. (Die Serodiagnostik der Schwangerschaft.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. 25, S. 1947 bis 1948. 1913.

Kurze Erwähnung einiger Schwangerschaftsreaktionen des Blutserums: Antitrypsinreaktion, Komplementbindung, Meiostagmin- und Epiphaninreaktion. Beschreibung der Abderhaldenschen Reaktion mit Dialyse und Ninhydrin. 30 eigene Fälle von positivem Ausfall. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Heimann, Fritz: Die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Berl. Klin. Jg. 25, H. 301, S. 1—9. 1913.

Jeder normalerweise nicht im Blut vorkommende Eiweißkörper gilt als blutfremd; dringt ein solcher in die Blutbahn ein, so wird er abgebaut durch vom Körper gebildete Fermente. Während der Schwangerschaft gehen Chorionzotten ins mütterliche Blut über. Die dabei im mütterlichen Blute auftretenden Schutzfermente und somit eine bestehende Schwangerschaft nachzuweisen ist Zweck der Abderhaldenschen Methoden: Die optische Methode wird wegen der Kostspieligkeit des Polarisationsapparates selten angewendet werden können; ganz anders ist dies bei dem Dialysierverfahren, das darauf beruht, daß die Eiweißkörper bei ihrem fermentativen Abbau diffundieren, während dies die collodial gelösten nicht tun. Es folgt nun die Beschreibung der Methode, die ganz exakt befolgt werden muß. Verf. gibt hierbei einige Erläuterungen:

Bei der Blutentnahme muß ganz steril vorgegangen werden. Das Serum darf keine Spur von Hämolyse oder Trübung zeigen. Beim Einfüllen des Serums in den Schlauch darf nichts auf die Außenseite desselben kommen, man hält ihn am besten mit ausgekochter Pinzette (Handschweiß). Die Hülsen sind stets auf ihre Durchlässigkeit für Peptone (mit 1% Peptonlösung) und ihre Undurchlässigkeit für Eiweiß (mit 5% Eiereiweißlösung) zu prüfen. Die Placenta soll steril aufgefangen und frisch zubereitet sein; sie muß vollkommen blutleer gemacht sein; sie darf beim Kochen mit Ninhydrin keine Blaufärbung geben. Das Resultat kann erst nach 1/2 Stunde abgelesen werden.

Verf. hat bei über 100 Fällen kaum jemals ein falsches Resultat gehabt. Bei bestehender Schwangerscaft fiel die Reaktion stets positiv aus, auch in den frühesten Monaten. Die Reaktion reicht bis in die 3. Wochenbettswoche. Die Spezifität derselben kann heute noch nicht anerkannt werden. *Jaeger* (München).

Mayoral, P. C. y M. Gimènez de la Serrana: Schwangerschaftsdiagnose mittels der Elsbergschen Reaktion. Rev. Valenc. de cienc. méd. Bd. **15**, Nr. 289, S. 89 bis 96; Nr. 290, S. 101—108; Nr. 291, S. 117—124. 1913.

Mayoral und Giménez haben die Elsbergsche Carcinomreaktion (Nachweis von Isohämolysinen bei subcutaner Injektion von gewaschenen, aufgeschwemmten Blutkörperchen gesunder Menschen) nachgeprüft und bei Gesunden oder nicht an Carcinom leidenden Kranken in 94,2% der Fälle negativ gefunden; ebenso war sie negativ in 90,3% der Fälle bei schwangeren Frauen bei Verwendung von Blutkörperchen von Personen, mit denen dieselben niemals sexuell verkehrt hatten. Dagegen war die Elsbergsche Reaktion in 78,9% positiv bei Schwangeren, denen Blutkörperchen ihrer Ehemänner injiziert worden waren. Bei Nichtschwangeren war die Reaktion mit den Blutkörperchen ihrer Ehemänner in 36,3% positiv, in 63,6% negativ.

Wenn man also bei einer Frau die Elsbergsche Reaktion praktisch verwerten will, so darf man nicht Blutkörperchen von ihrem Gatten nehmen, und die Frau selbst darf nicht gravid sein. Auch darf man das Resultat der Reaktion nicht ohne weiteres verwerten, sei es für die Carcinom- oder für die Schwangerschafts- und Vaterschaftsdiagnose, wenn man sie bei derselben Frau zum zweiten Male anstellt; die Verf. schließen

aus einem Falle von anfänglich negativer, später positiver Reaktion bei derselben Frau, daß eine Art Sensibilisierung durch die erste Injektion stattfinde. Für die Klinik ist die Elsbergsche Reaktion, wie M. und G. glauben, für die von ihnen angegebene Diagnostik der Schwangerschaft und der Vaterschaft infolge von „moralischen Schwierigkeiten" nicht gut anwendbar; dagegen ist sie berufen, in der gerichtlichen Medizin eine äußerst wichtige Rolle zu spielen. Bei richtiger Anwendung ist die Elsbergsche Reaktion vollkommen unschädlich; die Verff. haben bei 119 Injektionen niemals die geringste Unzukömmlichkeit beobachtet. — Die Isohämolysinreaktion in vivo nach Elsberg ist bedingt durch folgende zwei Faktoren: 1. die leichte Zerstörbarkeit der verwendeten Blutkörperchen; Erythrocyten von Carcinomkranken z. B. sind widerstandsfähiger, geben bei Carcinomkranken negative Reaktion, während sie bei denselben mit Blutkörperchen gesunder Menschen positiv ausfällt; 2. Menge der Isohämolysine, welche in dem zu untersuchenden Individuum vorhanden sind. Auf die Technik der Zubereitung der Blutkörperchenaufschwemmung usw. kann hier nicht eingegangen werden; ebenso müssen die von M. und G. empfohlenen Vorsichtsmaßregeln zur Vermeidung von Irrtümern bei gerichtlich-medizinischen Untersuchungen (Verwendung von Kontrollpersonen) bezüglich der Einzelheiten in der Originalarbeit nachgelesen werden. Nur die positive Reaktion ist für die Diagnose der Schwangerschaft und der Vaterschaft sicher verwertbar. *Schmid* (Prag).

Williams, Philip F.: Extrauterine pregnancy and its subsequent history: An analysis of one hundred and forty-seven cases. (Über Extrauteringravidität und ihre Folgen: Erfahrungen an 147 Fällen.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1165—1170. 1913.

134 Patienten waren verheiratet. Das Alter der Kranken schwankte von 18—46 Jahre. Am meisten Fälle, nämlich 10 entfallen auf das 30. Jahr, je 9 auf das 27. und 34. Jahr. Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 30 Jahre. Nur 23% der Fälle betrafen Erstschwangere. 30% haben zuvor eine oder mehrere Fehlgeburten gehabt. 4,7% der Patienten hatten schon einmal Extrauteringravidität gehabt. Der kürzeste Zeitraum nach vorangegangener normaler Schwangerschaft war 7 Monate, der längste 10 Jahre. Nach Abort kam schon nach 5 Monaten Extrauteringravidität zur Beobachtung, einmal erst nach 6 Jahren. Bei den Erstgeschwängerten trat die Extrauteringravidität 4 Monate bis $1^1/_2$ Jahre nach der Verheiratung auf. Als Symptom fanden sich Schmerzen 110 mal; mitunter nur einmal heftiger Schmerz; manchmal bestanden die Schmerzen schon längere Zeit; Übelkeit war ziemlich häufig, seltener Erbrechen. Die durchschnittliche Dauer seit der letzten Periode betrug 69 Tage. Blutabgang durch die Scheide trat 69 mal ein, in 23 Fällen Abgang von Deciduafetzen, mitunter beides zusammen. 143 Patienten wurden operiert, und zwar immer durch Laparotomie, zweimal mit hinterer Kolpotomie zur Drainage. Bei 14 Operationen wurde nach oben drainiert. 17 Patienten wurden im Shock operiert, davon 4 ohne Narkose; alle wurden geheilt. Die rechte Tube war 69 mal, die linke 53 mal der Sitz der Erkrankung, einmal beide; zweimal bestand primäre Ovarialgravidität, dreimal Bauchhöhlenschwangerschaft und dreimal hatte sich die Gravidität im Ligamentum latum entwickelt, einmal bestand linksseitige interstitielle Gravidität. 15 Patienten waren außerhalb der Klinik als einfache Aborte mit Dilatation und Abrasio behandelt worden. Die durchschnittliche Länge des Foetus entsprach der 6. Woche. In einem Falle kam es 10 Tage nach der Operation zum Abort einer gleichzeitig bestehenden uterinen Gravidität. 18 Patienten wurden sterilisiert. 4 Kranke starben = 2,7% Mortalität; außerdem starben noch 4 Patienten auf dem Wege ins Hospital. Eine Reihe dieser Patientinnen sind wieder schwanger geworden und haben lebende Kinder geboren. Auf 27 Fälle von ausgetragener Gravidität kamen 7 Fälle von erneuter Tubargravidität zur Beobachtung. *Zweifel.*

Singer, Hugo: Versuch einer Fruchtabtreibung bei Gegenwart einer ektopischen Schwangerschaft; zugleich Beiträge zu den violenten Rupturen der Extrauteringraviditäten. (*St. Rochusspit., Budapest.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 26, S. 961—965. 1913.

Fall I. Abtreibungsversuche durch eine Hebamme. Danach Schmerzen. Rasch wachsender Tumor neben dem Uterus, der vom Autor als peritubare Hämatocele bei Tubargravidität erkannt, von anderen Fachkollegen aber mit Rücksicht auf die vorhergegangenen Manipulationen der Hebamme als entzündlicher Adnextumor aufgefasst wird. Nach $2^1/_2$ Monaten Operation wegen intraabdominaler Blutung. Tubargravidität mit lebender Frucht. Placenta sitzt an der Serosa des Infundibulum tubae frei in der Bauchhöhle. — Fall II und III. Bildung großer Hämatocelen nach Curettement wegen Blutung nach Amenorrhöe. — Fall IV. Autor war

„zum Curettement" gerufen worden. Untersuchung erweckte den Verdacht auf Extrauteringravidität. Danach Collaps. Operation, rupturierte isthmische Gravidität.

Nicht nur kriminelle Abortusversuche, sondern auch lege artis ausgeführte intrauterine Eingriffe können also gefährlich werden, wenn nicht vorher durch genaueste Untersuchung periuterine Prozesse ausgeschlossen worden sind. Bei den nach Curettement wegen Abortus so relativ oft gefundenen Adnextumoren handelt es sich nach Singers Ansicht viel öfter nicht, wie angenommen wird, um entzündliche Prozesse, sondern um peritubare uud abdominale Hämatokelensäcke. *Wagner* (Wien).

Bandler: Case of ectopic gestation operated on before the surgical congress. (Ein Fall von Bauchschwangerschaft vor dem Chirurgenkongreß operiert.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1184. 1913.

Außer der Fehldiagnose keine Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Conway, Walter P.: Tubal pregnancy unruptured at term. (Ausgetragene Tubarschwangerschaft.) (Transact. of the obstetr. soc. of Philadelphia, meet. 6. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1176—1177. 1913.

Letzte Menses Mai 1911. Kindsbewegungen September. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft krampfartige Schmerzen rechts im Abdomen in zunehmender Stärke und blutiger Ausfluß. Seit März zessierten die Kindsbewegungen. Aufnahme 1. April mit Fieber und Schüttelfrost. Keine Herztöne. Laparotomie. Tubarer Fruchtsack rechts mit starken Verwachsungen am Peritoneum und Lig. latum, wird exstirpiert ohne Blutung. Ausgetragener Foetus abgestorben, $6^3/_4$ Pfd. schwer. Placentargefäße thrombosiert. Drainage und Naht der Bauchwunde. Glatte Rekonvaleszenz. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

McDonald, Ellice, and William A. Krieger: Bilateral and multiple ectopic pregnancy. (Doppelseitige und vielfache Bauchschwangerschaft.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 23, S. 1766—1769. 1913.

Verff. fügen den bisher bekannten 50 Fällen von gleichzeitiger doppelseitiger Tubenschwangerschaft 2 weitere hinzu. Sie verlangen für den exakten Nachweis einer Extrauteringravidität, daß, wenn nicht der Foetus, so doch wenigstens in jeder Tube Chorionzotten mikroskopisch festgestellt sind. Von den zwei erwähnten Fällen bestand bei einer Frau eine 3fache Schwangerschaft, eine in jeder Tube und im Uterus. Die beiden Tubargraviditäten kamen nacheinander zur Ruptur. *Wiemer* (Herne).

Sergent, Émile: Tuberculose et grossesse. (Tuberkulose und Schwangerschaft.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 55, S. 556—557. 1913.

Nach einigen einleitenden Worten über die gegensätzlichen Ansichten, die zwischen den Geburtshelfern und allgemeinen Praktikern über die wechselseitigen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft bestehen, welche nur verständlich sind aus dem Zeitpunkt, in welchem die Patientin von dem betreffenden Arzte beobachtet wird, teilt Verf. seine eigenen Erfahrungen über dies Thema, wie auch über die Lebensaussichten der von tuberkulösen Müttern stammenden Kinder mit. Wenn danach vom biologischen und experimentellen Standpunkt aus, wegen der meist in der Gravidität eintretenden Schädigung der Nebennieren und Schädigung des Kalkstoffwechsels im allgemeinen, eine Schädigung des Körpers durch die Tuberkulose, wie andererseits auch eine Begünstigung des Fortschreitens des tuberkulösen Prozesses sicher bewiesen ist, so hängt andererseits die Schwere der Schädigung der graviden Frau vom klinischen Standpunkt aus ab von der Art und dem jeweiligen Stadium der tuberkulösen Erkrankung einerseits und von dem Stadium der Gravidität bzw. des Wochenbetts andererseits. Während bei den torpiden Formen der Lungentuberkulose, selbst wenn es schon zu Kavernenbildung gekommen ist, Schwangerschaft und Wochenbett ohne Schädigung des Körpers einerseits wie auch ohne Verschlimmerung der tuberkulösen Erkrankung überstanden werden können, erfahren latente wie auch im Fortschreiten befindliche tuberkulöse Lungenerkrankungen meist eine akute Verschlimmerung, die besonders gegen Ende der Gravidität und im Wochenbett in die Erscheinung tritt und hier unter dem Bilde der akuten Miliartuberkulose schon einige Tage, der akuten Generalisation schon einige Monate post partum zum Tode führt oder aber die Patientin nach Besserung der durch die Gravidität und Wochenbett hervorgerufenen

Verschlimmerung einem langsamen aber sicheren Siechtum entgegenführt. Bezüglich der Lebensaussichten der von tuberkulösen Müttern stammenden Kinder hält Verf. eine hereditäre Infektion wie auch Prädisposition für erwiesen. Trotzdem soll, da nach der Statistik 32% dieser Kinder nach Jahren noch am Leben waren, der künstliche Abort nur ausnahmsweise ausgeführt werden, wenn, trotz der auch vom Verf. absolut empfohlenen Prophylaxe einer Schwängerung, eine Schwangerschaft eingetreten ist. Dafür aber soll der in der Gravidität drohenden Entkalkung des mütterlichen Organismus durch entsprechende, mit der internen Adrenalindarreichung kombinierte Therapie entgegengearbeitet und, um eine direkte Infektion des Neugeborenen zu verhüten, dieses generell sofort nach der Geburt von der Mutter getrennt werden und auch hier eine Kalkanreicherung des kindlichen Organismus unter besten übrigen hygienischen Verhältnissen angestrebt werden. *Vaßmer* (Hannover).

Opitz, Erich, Über Leberveränderungen in der Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 351—361. 1913.

Wenngleich sowohl durch histologische Untersuchungen an verstorbenen Schwangeren und vergleichende Untersuchungen an Nichtschwangeren, wie auch durch funktionelle Prüfungen der Lebertätigkeit in der Gravidität festgestellt ist, daß der von Hofbauer aufgestellte Begriff der „Schwangerschaftsleber" in dieser allgemeingültigen Form nicht mehr haltbar ist, wie auch Hofbauers eigene, diese Theorie beweisen sollende Fälle ebensogut, wie Opitz nachweist, sich anders deuten lassen, so läßt sich angesichts des in der Gravidität verhältnismäßig häufigen Auftretens der akuten gelben Leberatrophie, des wiederholten Icterus gravidarum, der Gallenleiden, der Leberverfettung und Lebererkrankung bei der Eklampsie nicht leugnen, daß ein gewisser Einfluß der Gravidität auf die Tätigkeit der Leber bestehen muß. Verf. hat daher von neuem anatomische Untersuchungen an Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten im trächtigen wie nichtträchtigen Zustand und kurz nach dem Wurf anstellen lassen, über deren Resultate Verf. summarisch berichtet. Wenn danach sich eine mit den üblichen Verfahren histologisch nachweisbare, regelmäßige Veränderung des Lebergewebes im Sinne der Hofbauerschen „Schwangerschaftsleber" auch nicht nachweisen ließ, so glaubt Verf. doch diesen negativen Ausfall seiner Untersuchungen nur als Beweis gegen das regelmäßige Vorkommen von Leberveränderungen in der Gravidität ansehen zu können, während er die Möglichkeit des Bestehens eines Krankheitsbildes der „Schwangerschaftsleber" bei Patienten mit verminderter Anpassungsfähigkeit der Leber an die in der Gravidität zweifellos vermehrten Ansprüche dadurch nicht für ausgeschlossen hält. *Vaßmer* (Hannover).

Geburt:

Kupferberg: Zur Therapie des engen Beckens. (Ärztl. Kreisver., Mainz, Sitz. vom 7. Jan. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 28, S. 1575. 1913.

Verf. hält die Methode der Hebosteotomie nach Döderlein für die am wenigsten gefährliche. Er empfiehlt auf Grund seiner Fälle jedoch dringend die Symphyseotomie, deren Technik er etwas modifiziert hat. Eingehende Beschreibung. Der Vorzug dieser Operation ist die Möglichkeit ihrer Ausführung unter Lokalanästhesie, so daß man dann unter Zuhilfenahme von Pituitrin die Geburt fast stets spontan zu Ende gehen lassen kann. Auch bei I-parae und nicht ganz reinen Fällen hat Verf. diese Operation mit bestem Erfolge ausgeführt; keinerlei Blutungen; 2 mal leichte Blasenverletzungen durch das schnelle, starke Auseinanderrücken der beiden Schambeine bei Anwendung der hohen Zange nach der Operation aus kindlicher Indikation, die unter Dauerkatheter glatt heilten. Entlassung stets 12—15 Tage nach der Geburt. 12 Symphyseotomierte werden vorgestellt, bei denen das Gehvermögen ein völlig normales ist. Nur bei Conjug. vera unter $7^1/_2$ cm bei I-parae und ganz reinen Fällen bevorzugt Verf. den suprasymphysären Kaiserschnitt. Bericht über 12 eigene Fälle mit 100% geheilten Müttern und lebend entlassenen Kindern. *Runge* (Berlin).

Luker, S. Gordon, Difficult labour caused by foetal ascites. (Erschwerte Geburt infolge fötalen Ascites.) Lancet Bd. **184,** Nr. 19, S. 1309. 1913.

Entbindung war erst möglich, nachdem aus dem enorm ausgedehnten Abdomen der quer liegenden Frucht über 4000 ccm klare Flüssigkeit entleert waren; es bestand außerdem Blasendehnung und beträchtliche Dilatation beider Ureteren und eine hochgradige Striktur der Harnröhre. *Hannes* (Breslau).

Andrews, Russell: An unusual case of rupture of the uterus. (Ein seltener Fall von Gebärmutterzerreißung.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6,** Nr. 8. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 272—274. 1913.

Eine 32jährige III Para wurde 24 Stunden nach einer Zangengeburt ins Spital aufgenommen. Die geschwollene, zerrissene Cervix hing zur Vulva heraus. Bei genauer Besichtigung wurde festgestellt: 1. ein großer Dammriß, 2. die Vagina beinahe gänzlich von der Cervix abgerissen, 3. das untere Uterinsegment und die Cervix ebenfalls beinahe gänzlich vom Uteruskörper abgerissen, 4. Harnblase unverletzt, 5. starke Blutung im Peritoneum. Vaginale Totalexstirpation. Heilung. Die Zerreißung kann nur dadurch entstanden sein, daß ein, wenn nicht beide Zangenlöffel außerhalb des Uterus angelegt wurden, während Cervix und unteres Uterinsegment mit dem Kindeskopf abgerissen wurden. *Klein* (Straßburg i. E.).

McCann, Frederick J., Perforation of the fundus uteri post abortum. (Perforation des Fundus uteri nach Abortus.) Proceed of the roy. soc. of med. Bd. **6,** Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 231—234. 1913.

2 Tage nach spontanem Abort digitale Ausräumung von jauchigen Placenta- und Eihautresten und Uterusspülung bei hoch fiebernder (38,9) Pat.; keine Entfieberung. 8 Tage später wegen Zunahme der Temperatur und Verschlechterung des Allgemeinbefindens neuerliche Ausspülung des Uterus mit Cyllin mittels dicken gebogenen Glasrohres; dabei plötzlich Schmerzen im Epigastrium und Kollaps. Überführung ins Spital, wo wegen Symptome von allgemeiner Peritonitis Laparotomie vorgenommen wird. In der Peritonealhöhle schmutzigbraunes stinkendes Exsudat; in der Mitte des Fundus uteri eine Perforationsstelle etwa 3 cm im Durchmesser. Panhysterektomie, Drainage mit Röhren zu beiden Seiten des Bauches und im unteren Wundwinkel; Tamponade des Beckens, die nach 48 Stunden entfernt wird; Entfernung des Drains nach 4 Tagen. Fortschreitende Besserung bis zum 10. Tage, an welchem Bronchopneumonie sich einstellt; Exitus am 12. Tage. Der Zustand des Gewebes an der Perforationsstelle weist darauf hin, daß die hauptsächlichste Verletzung während der digitalen Ausräumung stattfand, also schon sechs Tage, ehe die Injektionsflüssigkeit der zweiten Ausspülung durch die Uteruswand hindurchdrang. Mikroskopisch zeigen die Uteruswände diffuse eitrige Infiltration. *Hall* (Graz).

Essen-Möller, E.: Beitrag zur Kenntnis der Pathologie der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Placenta. Lunds Univ. Arsskr. N. F. Afd. 2. Bd. 9, Nr. 10 (Kongl. Fysiograf. Sällsk. Handl. N. F. Bd. 24, Nr. 10). Schwed.

Verf. teilt 2 Fälle mit von Ablösung der normal inserierten Placenta, die er nach dem Beispiele Couvelaires durch den Kaiserschnitt entbunden hat, und in welchen er die von diesem Autor angegebenen Veränderungen des Gebärmuttermuskels: ausgedehnte, die Muskulatur zersprengende Blutungen, keine pathologischen Veränderungen aber der Muskelfibern, der Gefäße oder der Placenta fand. Nur zeichneten sich mikroskopisch einige Querschnitte von Muskelzellen durch eine auffallend helle Farbe von den übrigen, normal tingierten Zellen aus. Essen-Möller hat auf 7000 Geburten 29 Fälle von Ablösung der normal inserierten Placenta beobachtet und in 58% derselben Eiweiß im Harn gefunden, während bei nur 11% sämtlicher Gebärenden eine Albuminurie vorhanden war.

Er schließt daraus, daß zwischen der Ablösung der Placenta und der Albuminurie ein bestimmter Zusammenhang besteht, und er stellt sich diesen Zusammenhang derart vor, daß sie beide Erscheinungen der allgemeinen Schwangerschaftsintoxikation sind, die ja freilich noch nur hypotetisch ist, deren Annahme uns aber von verschiedenen Umständen aufgezwungen wird. In guter Übereinstimmung mit der Annahme einer gemeinsamen Grundursache der Albuminurie, der Nephritis, des Eklampsismus, der Eklampsie, der Ablösung der Placenta steht nun das Auffinden von Blutungen in dem Gebärmuttermuskel bei der letztgenannten Erkrankung, wie sie schon bei der Eklampsie in verschiedenen Organen vielfach beobachtet worden sind. *Olow* (Lund).

Pfeifer, William: Current opinions concerning the toxemia of pregnancy. (Die herrschenden Anschauungen über die Schwangerschaftstoxämie.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 6, S. 1088—1100. 1913.

Kurze übersichtliche Darstellung der verschiedenen Theorien der Schwanger-

schaftstoxikosen. Die verschiedenen Formen sind wahrscheinlich Phasen einer einzigen Erkrankung, deren Ursache nicht bekannt ist. Nach den Haupttypen kann man die Nieren- und die Lebertoxikose unterscheiden. Wichtig sind für die frühzeitige Erkennung Urin- und Blutdruckuntersuchung. Die Leukocytenzahl zeigt die Widerstandsfähigkeit des Organismus an, Augenstörungen sind dringende Indikation für Beendigung der Gravidität. Für die Behandlung der Eklampsie ist möglichst frühzeitige Entleerung des Uterus wichtig, wobei forcierte Entbindung zu vermeiden ist. Stroganoffs Methode ist zu empfehlen, Venaesektion nur, wenn der Zustand des Pulses es verlangt. *Bondy* (Breslau).

Strempel, Alfred, Eklampsiebehandlung nach Stroganoff in der Arbeiterwohnung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 493—499. 1913.

Bericht über 4 Fälle von Eklampsie, darunter 1 Wochenbettseklampsie, die nach Stroganoff behandelt wurden und die alle 4 als schwere Eklampsien angesprochen werden mußten: Bei allen 4 bestand Koma, bei 2 Amaurose, bei zweien tagelange Amnesie nach dem Koma. Bemerkenswert ist, daß die Therapie in der Wohnung der Kranken nach schriftlicher Anweisung des Arztes genau nach der Uhr durchgeführt, daß alle Frauen am Leben erhalten und von lebenden Kindern ohne Kunsthilfe, ja sogar ohne Anwesenheit des Arztes, entbunden wurden. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Kosmak, Geo. W.: The diagnosis and treatment of eclampsia. (Diagnose und Behandlung der Eklampsie.) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York Bd. **9**, Nr. 2, S. 129—134. 1913.

Verf. gibt eine übersichtliche Zusammenstellung über die Diagnose und Behandlung der Eklampsie. Die Diagnose einer Schwangerschaftstoxämie muß mit Sicherheit in jedem einzelnen Fall gestellt werden, hauptsächlich dann, wenn Krämpfe aufgetreten sind. Bei Eklampsie während der Schwangerschaft empfiehlt Verf. symptomatische Behandlung, bei nahe bevorstehender Geburt am Ende der Schwangerschaft, künstlichen Blasensprung, manuelle Dilatation der Cervix, Wendung oder Zange, wenn nicht eine Indikation zu einer rascheren operativen Beendigung der Geburt vorhanden ist. Ein einmaliger Anfall soll nicht als Indikation angesehen werden. *Engelhorn.*

Rouvier, Jules: Traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphine et ses adjuvants à la maternité d'Alger. (Die Behandlung der Eklampsie mit Morphin an der Gebäranstalt zu Algier.) (*Clin. obstétr., Alger.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 6, S. 533—564. 1913.

Rouvier gibt bei drohender oder ausgebrochener Eklampsie, wenn die Behandlung gleich nach dem ersten Anfalle einsetzen kann, in einstündigen Zwischenräumen dreimal je 0,01 Morph. hydrochlor. subcutan, dann 2stündlich dreimal je 0,005, im ganzen also 0,045 in 8 Stunden. Waren schon mehrere Anfälle aufgetreten, wird die Dosis auf 0,055 in 9 Stunden erhöht (Einzelheiten siehe Original). Solange Anfälle auftreten, wird weiterhin stündlich 0,01 gegeben. Außerdem gibt R. bis mindestens 24 Stunden nach dem Aufhören der Anfälle sterilisiertes Wasser (per os oder rectal), dann Wasser und Milch, weiterhin Milch allein (2 Tage lang) und endlich durch 8 weitere Tage kochsalzfreie Diät. Von Anfang an werden ausgiebige Magen- und Darmspülungen mit wenigstens 6 l sterilisierten Wassers ausgeführt und mehrmals täglich wiederholt. Ferner wird durch mindestens 8 Tage Helmitol gegeben, 6—8 mal täglich je 0,005. — Nach diesen Grundsätzen wurden seit Ende 1909 22 Eklampsiefälle behandelt, darunter 2 Fälle von Eklampsie ohne Krämpfe; von den 4 Todesfällen scheidet Verf. 2 aus, deren einer 2 Stunden nach dem Eintritte in die Klinik starb; der andere Todesfall wird der vom Verf. nicht gebilligten Verbindung der Morphinbehandlung mit Kochsalzinfusion, Chloroformnarkose und operativer Entbindung (manuelle und Ballondilatation, Forceps) zur Last gelegt. Sonst finden sich keine Anweisungen über geburtshilfliche Maßnahmen, welche zu treffen wären; aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht nur hervor, daß es sich 7 mal um Eklampsie post partum handelte, 7 mal um spontane Frühgeburt im 7. Monate, zum Teil mit maceriertem Kinde; bei den übrigbleibenden geheilten 6 Fällen wurde 4 mal operativ entbunden (forcierte Dilatation, Forceps oder Wendung-extraktion). *Schmid* (Prag).

Zinke, E. Gustav: A critical review of the medical und surgical treatment of puerperal eclampsia. (Kritischer Überblick über die medizinische und chirurgische Behandlung der puerperalen Eklampsie.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1065—1088. 1913.

Zinke sucht an der Hand einer ausgiebigen Statistik nachzuweisen, daß die operativen Maßnahmen bei der Behandlung der Eklampsie keine Herabminderung der Mor-

talität herbeigeführt hätten, und daß deswegen die seinerzeit von Halbertsma und Bumm vertretene Ansicht, eine sofortige Entleerung des Uterus gleich nach dem 1. Anfall vermöge eine Herabminderung der Mortalität auf 5% zu erzielen, irrig sei. Verf. sah Gutes von der Behandlung mit Veratr. viride, das er folgendermaßen anwendet:

1. Nach dem 1. Anfall 25 Tropfen Tinctura veratr. vir. (Norwood) resp. 1 ccm subcut. Wiederholung alle Stunden, bis der Puls auf 60 Schläge in der Minute herabgemindert ist. Fällt dagegen der Puls innerhalb einer Stunde von 150 auf 100 Schläge, so werden das nächstemal nur 10 Tropfen injiziert, unabhängig davon, ob es die 1., 2. oder 3. Injektion ist. 3. Reichliche Klistiere von Seifenwasser, wenn Pat. schluckt: Bittersalz. 3. Heißes Bad ev. heiße Packung; Dauer höchstens $^1/_2$ Stunde, nicht mehr wie 2 pro die. 4. Milchdiät, Kochsalzlösung per Rectum. 5. Chloral nur, wenn die Pat. sehr unruhig ist. Kein Chloroform oder Morphium. Zur ev. Narkose Äther. 6. Nach Ablauf der Eröffnungsperiode Forceps. Innerhalb 10 Jahren behandelte Zinke auf diese Weise 30 Frauen mit 5 Todesfällen der Mütter (13,3%) und 15 der Kinder (50%). *Wiemer* (Herne).

Delaney, Martin D., Caesarean section. (Über Kaiserschnitt.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17,** Nr. 20, S. 502—506. 1913.

Ausführliche historische Notizen. Verf. hat 2 abdominelle und 2 vaginale Kaiserschnitte mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind ausgeführt. Er zieht Kaiserschnitt sogar den zerstückelnden Operationen bei totem Kind vor. *Zweifel* (Jena).

Wochenbett:

Lagane, L.: Action de l'eau oxygénée sur l'amylase du lait de femme. (Wirkung des Sauerstoffwassers auf die Amylase der Frauenmilch.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156,** Nr. 25, S. 1941—1943. 1913.

Lagane stellte durch Versuche fest, daß das Sauerstoffwasser in kleinen Dosen die verflüssigende Wirkung und in geringem Grade auch die saccharifizierende Wirkung der Amylase der Frauenmilch auf Stärke hebe. *Wiemer* (Herne).

Frost, Conway A.: Nerves and the nursing mother. (Die Nerven der stillenden Mutter.) (Transact. of the med. soc. of the State of New York. Sect. on pediatr.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 6, S. 1261—1264. 1913.

Frost ist der Überzeugung, daß manche Frau deswegen nicht oder schlecht stillen könne, weil sie während der Lactationsperiode nicht genug vor psychischen Erregungen bewahrt bliebe. Auch manche gastrischen Störungen der Kinder seien mehr auf Nervenshock der stillenden Mütter zurückzuführen als auf Diätfehler. *Wiemer.*

Jeanselme, M. E., Syphilis et nourrisson. (Syphilis und Pflegekind.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21** (Nr. 5), S. 136—140. 1913.

Verf. demonstriert und bespricht einen Fall von Mammacarcinom, welches sich an der Stelle eines syphilitischen Primäraffektes entwickelt hat. Die Frau hatte ein Kind zum Stillen angenommen, welches hereditär-luetisch war und sie infizierte und weiterhin das eigene Kind. Obgleich der Arzt täglich nach dem kranken sah und es behandelte, sorgte er nicht dafür, daß das kranke abgesetzt wurde, ehe es zu spät war. Hinweis auf die schwere Verantwortung des Arztes in der Frage der Amme resp. des Stillkindes. *J. Voigt* (Göttingen).

Huggins, Raleigh R.: Differential diagnosis and treatment of puerperal infection. (Differentialdiagnose und Behandlung der puerperalen Infektion.) (Sect. on surg., med. soc. of the State of Pennsylvania, Scranton sess., 25. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 9, S. 695—699. 1913.

Verf. beschreibt die klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde bei putrider und septischer Endometritis (nach Bumm), Peri- und Parametritis, perinephritischem Absceß, Salpingitis, Peritonitis, Thrombophlebitis und Septicämie, stellt Betrachtungen an über den Wert der bakteriologischen Blutuntersuchung und die Beobachtung des Wochenflusses, ohne dabei aber im Wesentlichen etwas Neues zu bringen. — Obschon in der Behandlung des Wochenbettfiebers ziemlich zurückhaltend, will er doch in Fällen, wo Verdacht auf zurückgebliebene Placentarreste besteht, den Uterus austasten und eventuell ohne Instrumente ausräumen, und bei Thrombophlebitis und Peritonitis möglichst früh operieren. Injektionen von Blutserum, Vaccine und Sera werden empfohlen. In der Diskussion widerraten Fisher und Winebrake jede unnötige intrauterine Behandlung. *Lamers* (Amsterdam).

Jeannin, Cyrille: Pathogénie et symptomatologie des phlébites puerpérales. (Pathologie und Symptomatologie der puerperalen Phlebitiden.) Médecin pratic. Jg. 9, Nr. 5, S. 72—73. 1913.

Die Entstehung derselben wird physiologisch begünstigt durch Verlangsamung der Blutzirkulation, durch chemische Veränderungen des Blutes wie Vermehrung des Plasma und Fibrins, Verminderung der alkalischen Beschaffenheit desselben, ferner durch morphologische Unterschiede wie Leukocytenvermehrung und gesteigerten Zerfall derselben bei der Geburt, durch mechanische Insulte der Gefäßwandungen und durch Schädigung des Gefäßendothels infolge Toxinbildung, — pathologisch durch Schwangerschaftsintoxikation und Infektion; letztere wird ganz besonders begünstigt bei Blutungen (Veränderung der Blutbeschaffenheit, Gerinnselbildung, Serum in freien Höhlen). Man unterscheidet aseptische (atonische) Thromben und infektiöse, welche durch alle Arten von Mikroben verursacht werden können; die ersteren führen meist rasch ad exitum; die septische Thrombose äußert sich klinisch: 1. als Phlebitis der Venen des Uterus und des kleinen Beckens mit unregelmäßig remittierendem Fieber, Schüttelfrost, relativer Pulsverlangsamung, 2. als Allgemeininfektion, meist Pyaemie, bei der man einen mehr akuten und einen schleichenden, chronisch verlaufenden Typus erkennen kann; 3. als lokale Thrombophlebitis: phlegmasia der unteren und solche der oberen Extremität, letztere selten aber meist sehr schwer. *Franz* (Nürnberg).

Mihálkovics, Elemér v., und Eugen Rosenthal: Klinische und bakteriologische Beiträge zur Abortustherapie. (*St. Rochus-Spit., Budapest.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, Erg.-H., S. 90—114. 1913.

Es wurde in 100 aktiv behandelten Fällen von Abort das Scheidensekret bakteriologisch untersucht. Expektativ behandelt wurden nur Aborte im Gange, und zwar meist solche, die im 5. und 6. Monat der Schwangerschaft eintraten. In 99 Fällen wurden pathogene Keime gefunden, aber kaum jemals in Reinkultur: 22 mal hämolytische (2 mal in Reinkultur), 44 mal anhämolytische Streptokokken (keine Reinkultur; 8 mal daneben hämolytische) und 85 mal Staphylokokken (Reinkulturen in 11 Fällen, bei denen 4 mal Hämolyse). In der ersten Gruppe kamen 2 mal leichte Störungen im Puerperium vor, in der zweiten 8 mal und einmal ein 18 Tage dauerndes Fieber mit einem Maximum von 39,6° am 7. Tage, und in der dritten Gruppe 2 mal leichte Störungen.

Der Verlauf bei Gegenwart von hämolytischen Streptokokken war also günstiger als bei den anhämolytischen Streptokokkenfällen. Im Falle also zwischen der Virulenz und der Hämolyse irgendein Zusammenhang besteht, ist dieser keinesfalls so feststehend, daß die Gegenwart der vorerwähnten Eigenschaft die Grundlage therapeutischen Vorgehens bilden könnte. Verff. glauben auf Grund klinischer und bakteriologischer Erfahrungen zur Arteinheit der Streptokokken Stellung nehmen zu müssen und erblicken in der Hämolyse eine Anpassungserscheinung zu den veränderten Lebensbedingungen. Sie können sich also dem Vorgehen Winters nicht anschließen. — Der Streptococcus putridus Schottmüllers wurde in den 100 untersuchten Fällen nur ein einziges Mal gefunden. Ein Fall von Coli-Peritonitis mit tödlichem Ausgang wird ausführlich beschrieben. — Die richtige Behandlung eines Abortus muß sich nicht nach bakteriologischen, sondern nach klinischen Gesichtspunkten richten. Auch das Vorkommen von Bakterien im Blut, seien es selbst hämolytische Streptokokken, bedingt durchaus keine ungünstige Prognose. Aus der Betrachtung der Heilungsresultate aller seit Anfang 1910 beobachteten Aborte, von denen 875 aktiv und 272 expektativ behandelt wurden, kommen Verff. zur Überzeugung der Richtigkeit des gemäßigten aktiven therapeutischen Prinzips. Auch die richtigen theoretischen Überlegungen beweisen die Berechtigung der aktiven Behandlungsweise des Abortus im allgemeinen ebenso wie speziell bei den fieberhaften Fällen. — Die Untersuchungsresultate sind in vielen Tabellen zusammengestellt. *Lamers* (Amsterdam).

Aubuchon, W. E.: Sepsis. (Sepsis.) Nation. elect. med. assoc. quart. Bd. 4, Nr. 4, S. 312—315. 1913.

Ausführliche Besprechung der bei infektiösen Erkrankungen, von der lokalen, circumscripten Entzündung bis zur allgemeinen Sepsis einschließlich der Saprämie

und Bakteriämie sich abspielenden lokalen und allgemeinen biologischen Reaktionen und deren therapeutische Beeinflussung, wobei besonders der internen Therapie einschließlich der Serum- und Vaccinetherapie eine große Bedeutung und ein weites Anwendungsgebiet zuerkannt wird, ohne daß direkte Beweise für deren Wirksamkeit erbracht werden. *Vaßmer* (Hannover).

Worrall, Ralph: Case of puerperal tetanus. (Ein Fall von Tetanus puerperalis.) Austral. med. gaz. Bd. **33,** Nr. 20, S. 464. 1913.

29jährige Frau am Ende des II. Graviditätsmonats leidet seit 3 Tagen an Erbrechen, Schüttelfrösten, Schmerzen im Bauch und Rücken und spärlichem Blutabgang. Abtreibungsversuch mittels Dusche wird zugegeben. Bei der Spitalaufnahme: Temp. 38,9°, Puls 124, Zunge trocken und braun belegt, Herpes an den Lippen; Uterus 2 Monate gravid, Cervix durchgängig, Ei am innerem Muttermund lösbar; profuser übelriechender Fluor. Ausräumung des Uterus, Jodoformgazetamponade. Bis zum 6. Tage normale Temperatur, Puls 84—116. An diesem Tage klagt Pat. über Schmerzen im Nacken und Hinterkopf und Steifigkeit der Kiefer. Am folgenden Tag setzen häufige und starke Anfälle von Krämpfen ein, welche trotz kontinuierlicher Chloroformnarkose, Chloral und Morphium anhalten; Tod durch Asphyxie 36 Stunden nach dem Beginn des ersten Symptom von Tetanus. Verf. bedauert, daß er nur 20 ccm Tetanusantitoxin verabreichte anstatt großer Dosen von 100 ccm, wie seither empfohlen wurde. *Hall* (Graz).

Stoddart, W. H.: Puerperal insanity. (Über puerperale Psychosen.) Clin. journal Bd. **42,** Nr. 12, S. 189—192. 1913.

Es gibt keine eigentliche puerperale Geisteskrankheit. Septische Infektion im Wochenbett kann eine „akute halluzinatorische Verwirrtheit“ hervorrufen. Darunter versteht Verf. eine Desorientiertheit, z. B. kennt die Kranke ihren eigenen Namen nicht mehr oder gibt als solchen ihren Mädchennamen an; sie läßt unter sich und beschmutzt sich mit Kot und dergleichen. Fast nie tritt Heilung ein; bald folgt die Verblödung. Ein wichtiges Symptom bei dieser Form der Erkrankung ist Analgesie. Viel seltener wird diese Geistesstörung durch Shock hervorgerufen; hier tritt meist Heilung ein. Bei erblicher Belastung treten manchmal konstitutionelle Psychosen im Wochenbett auf: Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox. Das maniakalisch-depressive Irresein beginnt als Manie oder Melancholie. Die Melancholischen wollen oft ihre Kinder und dann sich selbst töten. Solche Patienten bekommen nach jeder Geburt eine Manie oder eine Melancholie oder einmal eine Manie und ein anderes Mal eine Melancholie. Deshalb ist eine erneute Geburt zu vermeiden. Eine Abart des manisch-depressiven Irreseins ist das zirkuläre Irresein, bei dem die Patienten in regelmäßigen Zeitabständen einen maniakalischen oder melancholischen Zustand bekommen. Verf. sah 2 Patienten, bei denen der anfallsfreie Zeitraum mehrmals je 11 Jahre dauerte. Selten folgt Neurasthenie einer Geburt. Verf. beobachtete einmal die Entwicklung einer Paralyse im Wochenbett, einmal eine Epilepsie. Diese tritt meist erst einige Zeit nach der Geburt auf. Die Therapie gegen diese Art von Geisteskrankheit beschränkt sich auf Narkotica und Allgemeinbehandlung. *Zweifel* (Jena).

Foetus und Neugeborenes:

Gutfeld, Fritz v., Über den Einfluß körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mütter auf die Körpermaße ihrer Neugeborenen. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 1, S. 266—279. 1913.

Zur Berechnung herangezogen sind 5000 fortlaufende Fälle vom 1. I. 1907 bis 1. III. 1909 und zwar nur ausgetragene Kinder. Berücksichtigung fanden folgende hauptsächliche Faktoren a) bei den Müttern: Alter, Zahl der Schwangerschaften, Stand oder Beruf, Körperlänge; b) bei den Kindern: Länge, Gewicht, größter Schädelumfang. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: Von Kindern gleich alter Mütter sind die Knaben größer und schwerer als die Mädchen und haben größeren Schädelumfang. Auch sehr junge Mütter können reife Kinder mit normalen Durchschnittsmaßen gebären. Länge und Gewicht der Kinder steigen kontinuierlich und erreichen Maximum bei einem Alter der Mutter von ca. 28—35 Jahren. Männliche Neugeborene einer beliebigen Schwangerschaft sind größer und schwerer und haben größeren Schädelumfang als weibliche

Neugeborene derselben Schwangerschaft. Die Werte steigen bis zur 4. Schwangerschaft und halten sich dann annähernd auf dieser Höhe. Eheliche Knaben beliebiger Schwangerschaft haben höhere Werte als die unehelichen derselben Schwangerschaft; bei Mädchen umgekehrt. Knaben im allgemeinen ohne Rücksicht auf die Zahl der Schwangerschaften — eheliche wie uneheliche — haben höhere Werte als die entsprechenden Mädchen. Kinder von Dienstmädchen höhere Werte als Arbeiterinnenkinder, da erstere sozial günstiger gestellt sind. Länge, Gewicht und Schädelumfang der Kinder sind den Körperlängen ihrer Mütter proportional. Totgeburten: Knaben größere Maße als Mädchen, eheliche Kinder größere als uneheliche. Mehrlingskinder gewöhnlich geringere Werte als Einzelkinder, doch auch mitunter beide Zwillinge normale Werte. Geburtsmaße haben zwar nur beschränkten Wert für die Prognose der Lebenserhaltung des Kindes, da Knaben größere Mortalität haben als Mädchen. Immerhin hat Kind mit gutem Geburtsgewicht bessere Lebensaussicht wie ein anderes mit einem beträchtlich unter der Norm liegenden Anfangsgewicht. *Graeupner* (Bromberg).

Jazuta, K.: Über die Abhängigkeit der Nierenlage von dem Dickdarmgekröse bei dem menschlichen Foetus. (*Kais. milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Anat. Anz. Bd. **44**, Nr. 8/9, S. 159—165. 1913.

Jazuta stellt auf Grund von Untersuchungen an 200 menschlichen Embryonen im Alter von 2—10 Monaten den Zusammenhang zwischen der Höhe der Nierenlagerung und des Dickdarmgekröses fest. Er unterscheidet in der Lage der Nieren 4 Perioden: I. Die Nieren liegen meistenteils auf gleicher Höhe; Länge der Embryonen 25—125 mm. II. Länge 140—200 mm; die linke Niere liegt niedriger als die rechte. III. Die linke Niere liegt vorzugsweise niedriger als die rechte. Embryo 210—350 mm. IV. Embryo 360—510 mm; die niedrigere Lage der rechten Niere prädominiert. *Goldschmidt.*

Armand-Delille, P.-F., Le traitement martial de l'anémie post-hémorragique du nouveau-né et le rôle eutrophique du fer chez certains nourrissons. (Die Behandlung der posthämorrhagischen Anämie mit Eisen und der gewichtsvermehrende Einfluß des Eisens bei einigen Säuglingen.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. **8**, S. 104—105. 1913.

Verf. sah gute Erfolge bei unterernährten Säuglingen durch die Anwendung von Eisen und Arsen. Ein Fall von posthämorrhagischer Anämie bei einem 14 Wochen alten Säugling besserte sich schnell nach Anwendung von Eisenprotoxalat. *Wiemer.*

Fejér, Julius: Ödem der Hornhaut nach Zangengeburt. (*St. Margarethenspit., Budapest.*) Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Jg. **37**, (H. 6), S. 164—165. 1913.

Fejer sah nach einer Zangengeburt eine durch Druck des Zangenlöffels hervorgerufene weiße Trübung der linken Hornhaut, die sich als ein akutes Ödem zwischen den Lamellen der Hornhaut darstellte. Außer der Trübung fanden sich auch noch frische Ekchymosen, wodurch Verf. auf den Zusammenhang mit der Zangengeburt gelenkt wurde. Die Erkrankung heilte in einigen Tagen spontan. *Wiemer* (Herne).

Farini, Morte apparente dei neonati. (Scheintod der Neugeborenen.) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 69, S. 729. 1913.

Mittels des äußerst empfindlichen Oscillometers von Pachon ist es dem Verf. gelungen, bei asphyktischen Neugeborenen, bei welchen Zirkulationszeichen in keiner Weise mehr festzustellen waren, noch eine Pulskurve der Arterien aufzunehmen. Der Apparat wird durch eine kleine Manschette mit dem Oberarm des Kindes verbunden. Verf. betont die Bedeutung dieses Verfahrens in der gerichtlichen Medizin. *Colombino.*

Dufour, Henri, et J. Thiers: Transmission de la tuberculose de la mère au foetus. (Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Foetus.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Nr. 5, S. 274—277. 1913.

Bei einer 19jährigen Frau, die an Lungentuberkulose und tuberkulöser Gehirnhautentzündung gestorben war, fand man bei der Sektion einen etwa 3—4 Monate alten Foetus. Derselbe hatte einen großen Leib, in dem sich eine ascitesartige Flüssigkeit befand. Diese wurde steril entnommen und 2 ccm davon einem Meerschweinchen intraperitoneal injiziert. Dieses Meerschweinchen wurde 28 Tage später getötet, man fand

tuberkulöse Veränderungen und Tuberkelbacillen. Die Placenta war makroskopisch und mikroskopisch ohne jede tuberkulöse Veränderungen. Auch die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Ein Meerschweinchen, dem Placentaaufschwemmung intraperitoneal injiziert wurde, ging 4 Tage später an Peritonitis zugrunde; tuberkulöse Veränderungen wurden bei dem Tier noch nicht gefunden. Der Fall beweist den Übergang der Tuberkelbacillen von der Mutter auf den Foetus. *A. Reiche* (Berlin).[x]

Silvestre, Julien: Les vomissements du nourrisson dans les maladies du système nerveux et les troubles névropathiques. (Das Erbrechen des Säuglings bei den Krankheiten des Nervensystems und den neuropathischen Störungen.) Clin. infant. Jg. **11,** Nr. 11, S. 335—339. 1913.

Verf. führt folgende Arten des Erbrechens an: Neuropathisches Erbrechen bei Säuglingen mit arthritischer oder nervöser Konstitution. Erbrechen beim Zahndurchbruch. Erbrechen bei Helminthiasis. Erbrechen bei Hirntumoren und Abscessen, bei bulbären Lähmungen, z. B. im Verlauf der Diphtherie, schließlich bei Meningitis. Zum Schluß wird die Differentialdiagnose der tuberkulösen und epidemischen Meningitis besprochen. *Frank* (Berlin).[x]

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Wendel: Syphilitische Pflegekinder. Jugendfürsorge Jg. **14,** H. 6, S. 351 bis 354. 1913.

Verf. behandelt als Jurist die Frage. Er bezeichnet es auf Grund des jetzt geltenden Rechts als unmöglich, die Frage der Unterbringung syphilitischer Pflegekinder zu lösen. Einen Ausweg sieht er darin, daß der unehelichen Mutter das „Sorgerecht" genommen wird, und daß ihr dieses Recht nur dann zugesprochen werden kann, wenn sie den Nachweis erbringt, daß sie geeignet ist, für das Kind zu sorgen. Auch an geeigneten Anstalten ist zurzeit noch großer Mangel, solche Kinder unterzubringen. *Rietschel* (Dresden).[x]

Soziales. Statistik:

Segall, J., Die Entwickelung der jüdischen Bevölkerung in Berlin von 1811 bis 1910. Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. d. Juden Jg. **9,** Nr. 1, S. 8—12. 1913.

An der Hand eines ausgedehnten statistischen Materiales, das die Verhältnisse der Berliner Juden beleuchtet, bespricht Verf. den prozentualen Anteil der Juden an der Gesamtbevölkerung Berlins und das durchschnittliche jährliche Wachstum der jüdischen Gemeinde daselbst während des Zeitraumes von 1811—1910. *Jaeger* (Leipzig).

Delzons, Louis: Le mouvement social contemporain, la famille française et son évolution. (Die moderne soziale Bewegung, die französische Familie und ihr Werdegang.) Enfance Jg. **1,** Nr. 6, S. 435—439. 1913.

Die Sterblichkeit der Kinder in der Arbeiterklasse ist in den ersten Lebensjahren enorm hoch, weil dieselben meist an Ammen abgegeben werden. Auch später leiden die Kinder sehr oft unter der Trunksucht des Vaters oder beider Eltern. Die Gesetze von 1874 über die an Ammen abgegebenen Kinder, von 1889 (lex Roussel) über Entziehung der elterlichen Gewalt und von 1898 über Entziehung der Sorge für die Person des Kindes haben wohl in den letzten 40 Jahren das Interesse des Kindes über das der Familie gesetzt; auch das Gesetz vom 27. Juni 1904 besagt, daß das Interesse des Kindes einzig und allein entscheidend sein soll. Zuletzt betont Delzons, daß die Einschränkung der testamentarischen Freiheit, indem sie das Recht des Erstgeborenen aufhob und den Besitz allzusehr zerstückelte oder Unwürdigen zuerteilte, die Familie zugrunde gerichtet hat. „Es ist recht, daß eine Erbschaft, von denen, welchen sie zufällt, wohlverdient sei .... man muß dem Familienvater die Möglichkeit lassen, dem Kinde, welches dessen unwürdig wird, sein Vermögen wegzunehmen." *Klein.*

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band II, Heft 10 S. 465—512

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Williams, Philip F., The use of the metranoikter in the treatment of dysmenorrhea and sterility. (Behandlung der Dysmenorrhöe und Sterilität mit dem Metranoikter.) New York med. journal Bd. **97,** Nr. 23, S. 1190—1191. 1913.

Zur Dilatation der Cervix wird eine Modifikation des Schatzschen Metranoikter empfohlen. Von 53 Patienten aus der Klinik von B. C. Hirst, die über ein Jahr lang beobachtet werden konnten, litten 1. 22 an Dysmenorrhöe, 2. 13 an Sterilität, und 3. 18 an beiden. Die Erfolge waren folgende: 1. 8 wurden völlig, 5 teilweise, 9 nicht geheilt. 2. 10 wurden schwanger, von denen 9 bis zum Ende der Schwangerschaft austrugen. 3. Von der Dysmenorrhöe wurden 10 geheilt, 2 gebessert, 6 nicht geheilt. Von diesen Geheilten wurden 3 schwanger. *Schäfer.*

Witas, P., Sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation. (Constatations faites au cours de deux laparotomies.) (Über die Beziehungen der Ovulation zur Menstruation.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** (Nr. 5), S. 134—135. 1913.

Verf. berichtet über zwei während der Laparotomie gemachte Beobachtungen.

1. Fall. Laparotomie am Tage nach der Menstruation. Im linken Ovarium ein in Rückbildung begriffenes Corpus luteum. 2. Fall. Laparotomie 6—7 Tage vor der erwarteten Menstruation. Im linken Ovarium frisches Corpus luteum.

Auf Grund dieser Beobachtungen schließt Verf., daß beim Weibe Ovulation und Menstruation nicht zusammenfallen; daß die Ovulation einige Tage vor der Menstruation auftritt und daß die Menstruation nur den Abort eines Eies darstellt.

Engelhorn (Erlangen).

Schnock: Über Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe. (Geburtsh.-Gynaekol. Ges. Cöln, Sitz. v. 12. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** Ergänzungsh., S. 338. 1913.

18jähriges anämisches Mädchen, war nie menstruiert, litt aber seit dem 12. Jahre an Nasenbluten, das mit dem 16. Jahr einen ganz bestimmten Typus annahm. Es trat stets am Ende des Monats auf und dauerte 2—3 Tage. Patientin kam in ärztliche Behandlung wegen eines angeblichen Tumors, der sich als der schwangere Uterus herausstellte. Seit Bestehen der Schwangerschaft war kein Nasenbluten mehr aufgetreten. *Zinsser* (Berlin).

Boas, Hugo: Zur forensischen Bedeutung und Behandlung der mit psychischen Störungen einhergehenden Menstruationszustände. Arch. f. Kriminalanthropologie **53,** S. 324—326. 1913.

Anknüpfend an einen von König (Berl. klin. Wchschr. 1912, Nr. 35) veröffentlichten Fall, in dem eine 38 jährige Frau seit 6 Jahren regelmäßig an prämenstruellen Verstimmungen mit leichter ängstlicher Verwirrtheit und teilweiser Amnesie litt, die sich jedesmal vor Eintritt der Menses einstellten und das letzte Mal unter schweren psychischem Chock dermaßen steigerten, daß die Kranke ihre beiden Kinder mit Gas zu vergiften suchte, erörtert Verf. die Frage, was mit einer solchen Kranken in therapeutischer Hinsicht zu tun wäre. Die eine Möglichkeit wäre die, daß der Frau geraten würde, beständig gravide zu sein und die Laktation möglichst lange hinzuziehen. Das hält Verf. aber, hauptsächlich vom Standpunkte der Eugenik, nicht für richtig. Er schlägt vielmehr vor, in solchen schweren, zu allmonatlichen Rezidiven neigenden Fällen die Kastration vorzunehmen — als einzige Möglichkeit der Heilung. In einem anderen von Macht (Charlotte med. Journ. 1912, Sept.) veröffentlichten Falle, in dem eine Frau wegen öffentlicher Ruhestörung und Lärmens von einem Schutzmann, der sie für betrunken hielt, aufgegriffen wurde, die Gefangenaufseherin an ihr aber profuse

Menses feststellte, und in dem ermittelt wurde, daß die Kranke seit ihrer ersten Menstruation im 10. Lebensjahre regelmäßig an derartigen manischen Exaltationszuständen litt, gibt Verf. zu bedenken, daß man sich bei tobenden, äußerlich den Eindruck einer Betrunkenen machenden Weibern nicht einfach mit der Diagnose akuten Alkoholismus begnügen, sondern stets an das etwaige Vorhandensein von Menses denken sollte.

Buschan (Stettin).

Lewis, T. Hope: On dilatation of the Fallopian tubes for sterility. (Dilatation der Tuben bei Sterilität.) Brit. med. journal Nr. **2741,** S. 70—71. 1913.

Mitteilung von zwei Fällen von Sterilität, die nach Dilatation der stenosierten Tuben schwanger wurden und gesunde Kinder gebaren. Das erste Mal wurde die Dilatation gelegentlich einer Appendektomie ausgeführt, im zweiten Fall zu diesem Zwecke laparotomiert.

Schäfer (Berlin).

Farkas, B.: Ein neuer Einbettungsapparat. (*Zool. Inst., Univ. Kolozsvár.*) Zeitschr. f. wiss. Mikr. Bd. **30,** H. 1, S. 40—44. 1913.

Beschreibung eines vom Verf. konstruierten Paraffineinbettungsapparates, dessen Vorzüge darin bestehen, daß für reines und mit dem Intermedium gemischtes Paraffin getrennte Kammern bestehen, am Ofen gleichzeitig mehrere Platten zum Ausbreiten der Schnitte und ein Tischchen zum Gießen der Blöcke angebracht sind. Der Apparat wird von der Firma Paul Altmann (Berlin) hergestellt. *Besserer* (Magdeburg).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Hemenway, Henry Bixby: Principles of therapy under modern biology. (Prinzipien der Therapie im Lichte der modernen Biologie.) Internat. clin. Bd. **2,** Ser. 23, S. 35—55. 1913.

Wegen der verschiedenen Entwicklungsbedingungen der einzelnen Mikroben ist nicht zu erwarten, daß ein und dasselbe antiseptische Mittel in allen Fällen wirkt. Medikamente hindern meist die Entwicklung der Bakterien, ohne sie aufzuheben. Aussaat von unschädlichen Bakterien tut manchmal bessere Dienste. Bekämpfung der Darmfäulnis durch Milchsäurebakterien. Antagonismus dieser Bakterien gegen den Klebs-Löfflerbacillus. Hefenpflaster. Die phagocytische Kraft des Körpers kann zu derselben Zeit verschiedenen Krankheitserregern gegenüber verschieden sein. Sie kann ferner durch verschiedene Mengen desselben Medikaments in entgegengesetztem Sinn beeinflußt werden. Durch Opium und durch Kälte wird sie aufgehoben. Es ist daher nicht richtig, bei Entzündungen Opiumpräparate als schmerzstillende Mittel zu geben. Die günstige Wirkung der Kälte beruht darauf, daß sie die Entwicklung der Bakterien stärker hemmt, als die Phagocytose. Die Einwanderung von Leukocyten in entzündete Gebiete wird durch hohe Viscosität des Blutes erschwert, durch Darreichung von Citronensäure mittelbar gefördert. Einmal an die Zellen gebundenes Toxin ist der Wirkung des Antitoxins entzogen. Kurz nach der Infektion kommt man mit geringeren Antitoxindosen aus als später. Die Injektion des Antitoxins muß so erfolgen, daß es die gefährdete Stelle wenn möglich eher erreicht als das Toxin. Bei allgemeiner Bakteriämie ist die Anwendung abgeschwächter oder abgetöteter Bakterien nicht zu empfehlen, dagegen ist sie aussichtsreich, wenn die Infektion lokalisiert ist. Die Injektion erfolgt am besten in das Unterhautzellgewebe. Antistreptokokkenserum wirkt weniger durch Antitoxin- als durch Opsoningehalt. Die Spezifität der Opsonine bedingt, wenn man sich ihrer bedienen will, eine exakte bakteriologische Diagnose. Ist eine solche unmöglich, so lasse man das Bakterin aus den Kulturen des betreffenden Falles herstellen. Weniger gut ist es, die im Handel befindlichen Mischungen von mehreren Stämmen zu verwenden. *Schmitz* (Frankfurt).

Redlich: Die Bedeutung der inneren Sekretion in der Physiologie und Pathologie der weiblichen Genitalsphäre. Arb. a. d. geburtshilfl.-gynaekolog. Klinik von Prof. Redlich, St. Petersburg, Bd. **1,**S. 1—31. 1913. (Russ.)

Die Hypothesen von den neuroreflektorischen Einwirkungen in der weiblichen Genitalsphäre müssen nach den neueren Untersuchungen ihren Platz den Hypothesen von den chemischen Korrelationen, das heißt Wechselbeziehungen chemischer Art

einzelner Körperteile untereinander, einräumen. So z. B. kann mit Sicherheit angenommen werden, daß die Menstruation durch Ovarialhormone und nicht durch neuroreflektorische Reize hervorgerufen wird. Auf Grund ausführlich angeführter Literatur und eigener Beobachtungen gibt Verf. ein Bild der chemischen Korrelation des polyglandulären Drüsennetzes im Körper der Frau und sucht die gegenseitigen Beziehungen der nicht genitalen Drüsen mit innerer Sekretion zu denjenigen der Genitalien festzustellen. Das Ovarium hemmt die Schilddrüse, die Hypophyse und das chromaffine System und erregt die Parathyreoidea. Nach dem Schema von Caro wirken Parathyreoidea, Thymus und Pankreas auf die Schilddrüse und auf das chromaffine System hemmend; außerdem hemmt der Uterus die Schilddrüse und erregt das chromaffine System. Die Thymus erregt die Hypophyse. Nach Klose, Lampe und Liesegang erregt die Thymus die Schilddrüse. Zu diesem Schema muß noch hinzugefügt werden, daß das Ovarium den Uterus erregt, und die Mamma das Ovarium hemmt.

Die Abbildungen und das Röntgenogramm in der Arbeit betreffen einen Fall, der die Wirkung der Akromegalie auf das Genitalsystem illustriert: 36jährige Frau. Seit ihrem 1. Partus vor 8 Jahren Menopause und Fehlen von Libido sexualis. Heftige Kopfschmerzen. Auffallend großes, massives Gesicht mit dicken Lippen und Nase. Tiefe Falten. Große Hände und Füße. Vergrößerte Schilddrüse. Röntgenaufnahme zeigt eine Vergrößerung der Hypophyse, die die obere Wand des Sinus sphenoidalis usuriert und den Sinus ausgefüllt hat. Atrophie des rechten Nerv. optic. Äußere Genitalien o. B. Uterus normal groß, anteflektiert. Von Ovarien nichts zu fühlen. Die Diagnose: Akromegalie, verursacht durch einen Tumor oder anormale Steigerung der normalen Schwangerschaftshypertrophie der Hypophyse, wurde durch Operation bestätigt.

Braude Berlin).

Pfeiler, W., und G. Weber, Über eine neue serodiagnostische Methode. (*Kais. Wilhelm-Inst. f. Landwirtsch., Bromberg.*) Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. **29**, Nr. 25, S. 449—452. 1913.

Nach Besprechung der Diagnose der Rotzkrankheit, wobei die Autoren das Verfahren der Hämagglutination dem der Komplementablenkung vorziehen, werden die vielfachen Unregelmäßigkeiten, die bei Ausführung der Bacillenkonglutination sich ergaben, näher studiert. Die diesbezüglichen Feststellungen eignen sich nicht für ein kurzes Referat. *Jonas* (Greifswald).

Lampé, Arno Ed., und Lavinia Papazolu: Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. Mitteilg. 2. Untersuchungenbei Morbus Basedowii, Nephritis und Diabetes mellitus. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S., u. physiol. Inst., Bukarest.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 28,S. 1533—1534. 1913.

Die Verff. haben das Serum von 25 Basedowkranken mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens auf seine Einwirkung auf normale Schilddrüse, Basedowschilddrüse, Struma cystica, Struma parenchymatosa, normale Thymus, Basedowthymus, Ovarien, Testikel, Nebennieren, Nieren, Pankreas, Muskelgewebe, Leber und Placenta hin untersucht. In allen Fällen wurde Basedowschilddrüse, in relativ wenigen Fällen gleichzeitig auch Normalschilddrüse, in 4 unter 5 Fällen Struma cystica, in fast allen Fällen Thymus, in weitaus den meisten Fällen Ovarium abgebaut. Mit allen anderen Organen fiel die Reaktion negativ aus.

Der Ausfall der Untersuchung zeigt, daß es sich bei der Basedowschen Krankheit um einen Dysthyreoidismus, um die Produktion eines in seiner Beschaffenheit von der Norm abweichenden Sekretes der Schilddrüse handelt. Ferner geht aus den Befunden hervor, daß bei den meisten Basedowkranken eine dysfunktionierende Thymusdrüse vorhanden war und daß bei den meisten Basedowkranken eine Keimdrüsenstörung im Sinne einer Dysfunktion vorliegt. Schließlich zeigte sich eine sehr weitgehende Spezifizität der Abwehrfermente, am eklatantesten erkennbar durch den Abbau von Basedowschilddrüse und den Nichtabbau von normaler Schilddrüse. Die Verff. berichten außerdem noch über serologische Untersuchungen bei Nephritis und Diabetes mellitus in je 10 Fällen. Die Reaktionen wurden nur mit Normalorganen angestellt, nicht mit spezifisch erkrankten. Weder bei Nephritis noch bei Diabetes mellitus wurde unter diesen Bedingungen ein Abbau irgendeines Organes beobachtet.

Bruno Wolff (Rostock).

Boehnke y Mouriz: Vergleichende Studien über verschiedene Antipneumokokken-Sera. Boletin del Instituto nacional de Higiene de Alfonso XIII **9**, Nr. 33, S. 1—20. (Span.)

Die Autoren prüften Antipneumokokkensera verschiedener Provenienz (Höchst, Dresden, Merk) auf ihren Gehalt an Agglutininen, Präzipitinen, Bakteriotropinen, sowie auf ihre prophylaktische Wirkung gegenüber einer Pneumokokkeninfektion. Ein Parallelismus zwischen der prophylaktischen Wirkung in vivo und dem Gehalt an Antikörpern, wie er sich bei der Prüfung in vitro ergibt, konnte nicht konstatiert werden. Keines der Sera hatte ausgesprochene polyvalente Eigenschaften. *Benario.*

Petri, Th.: Biologische Reaktionen und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynaekologie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 34 bis 44. 1913.

Sammelreferat, welches in großen Zügen die historische Entwicklung der Lehre von den Antitoxinen, Agglutininen, Präcipitinen, Bakteriolysinen, Hämolysinen, von der Komplementbindungsmethode und Wassermannschen Reaktion, von den Opsoninen und der Vaccination, von der Anaphylaxie, endlich von den Fermenten, der Abderhaldenschen optischen Methode und dem Dialysierverfahren zeichnet und ihre Verwertung in der Gynaekologie bespricht. Die Wassermannsche Reaktion, kann in der Vererbungsfrage der Syphilis keine absolute Klarheit schaffen. Bakteriologische Befunde beweisen jedoch, daß auch die klinisch scheinbar gesunde Mutter eines syphilitischen Kindes selbst syphilitisch ist. Die Therapie muß bei Mutter und Kind die positive Wassermannreaktion in eine negative umwandeln. 10% der klinisch gesund erscheinenden Ammen im Dresdner Säuglingsheim ergaben eine positive Wassermannsche Reaktion. Bei der chronischen Gonorrhöe hat weder die Komplementbindungsmethode noch die Bestimmung des opsonischen Index eine praktische Bedeutung gewinnen können; die Vaccination mit Bruckschem Arthigon oder Reiterscher Vaccine hat therapeutisch versagt. Schwangerschaftsstörungen und die Geburt selbst werden neuerdings von manchen Autoren als anaphylaktische Erscheinungen aufgefaßt. Mit Hilfe der optischen Methode konnte Petri feststellen, daß das Serum der Gebärenden gegenüber dem Serum von Schwangeren und von Wöchnerinnen eine erhöhte fermentative Wirkung besitzt. Die fraglichen Fermente sind wahrscheinlich in den neutrophilen Leukocyten als Profermente vorhanden und werden im gegebenen Moment sofort aktiviert. Entweder gibt die Placenta blutfremde Sekretstoffe ab, oder Zellzerfall bei den Stoffwechselvorgängen zwischen Mutter und Kind löst die Fermente aus. Die Frage der Spezifizität der Reaktion während der Schwangerschaft gegenüber Placentargewebe läßt sich vorläufig noch nicht endgültig beantworten. *Bab* (Wien).

Allgemeine Diagnostik:

Descomps, Pierre, Paul Descomps et Pierre Brousse, Les points douloureux abdominaux. (Die abdominalen Schmerzpunkte.) Paris méd. Nr. **26**, S. 613 bis 623 u. Nr. **28**, S. 37—48. 1913.

Zusammenstellung alles dessen, was über die Schmerzpunkte am Abdomen jemals geschrieben worden ist. Der Arbeit sind 69 Abbildungen beigegeben, in denen die verschiedenen Schmerzpunkte eingezeichnet sind und jeder Abbildung ist eine kurze Erklärung über die klinische Bedeutung der einzelnen Schmerzpunkte beigegeben. Da die ganze Arbeit eigentlich selbst ein Referat der ganzen Literatur über die Schmerzpunkte darstellt, wird sie am besten im Original nachzulesen sein. Auch auf die Haedschen Zonen wird kurz eingegangen. Verff. halten es für wichtig, das man diese Schmerzpunkte kennt und sie mit verwendet zur Stellung der Diagnose. Sie allein zur Stellung der Diagnose zu verwenden, ist nicht angängig, da es nach dem treffenden Wort von Lejars keine Krankheit gibt, die sich mit der Fingerspitze diagnostizieren läßt. *Weißwange* (Dresden).

Allgemeine Therapie:

Hirsch, Georg, Die Röntgentherapie bei Myomen und Fibrosis uteri. (*Kgl. Poliklin. f. Frauenleiden, München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 17, S. 906 bis 908. 1913.

Verf. hält die Frage der Röntgentherapie in der Gynaekologie noch nicht für völlig spruchreif, da wir bis jetzt zu wenig über Dauererfolge und besonders über ev. Spätschädigungen wissen. Weil man mit solchen rechnen muß, sind zu große Dosen zu vermeiden. Es folgt eine Aufzählung der von ihm bestrahlten Fälle.

Technik: Polyphos-Universalapparat, früher Quecksilberrotationsunterbrecher und elektrolytischer Unterbrecher nach Polyphos-Simon, jetzt Rhytmeur. Müllersche Wasserkühlröhre, Gundelach- und Polyphos-Tiefentherapieröhren. Früher Leder-, jetzt Aluminiumfilter von 2 mm. Messung der Dosen nach Sabouraud - Noiré - Holzknecht. Fokus-Hautabstand früher 38, jetzt 25 cm. Von den 46 bestrahlten Myomen wurden 16 nach der Albers - Schönbergschen Methode behandelt. Dabei wurden monatlich durchschnittlich nur 8 bis 10 X appliziert. Die Erfolge befriedigten nicht. 6 weitere Fälle wurden nach einer sog. „Übergangsmethode“ behandelt, die sich von der vorigen im wesentlichen durch einen verringerten Fokushautabstand, durch ein zeitlich herabgesetztes Intervall zwischen den einzelnen Strahlenserien sowie durch eine Vermehrung der Bestrahlungsfelder von 2 auf 3 unterschied. Die Durchschnittsdauer der Behandlung betrug etwa 2½ Monate, die verabfolgte Strahlendosis zwischen 33 und 116 X. Die neue eigene Methode des Verf. bedient sich des Aluminiumfilters. Bei einem Fokus-Hautabstand von 25 cm werden in 14- bis 16tägigen Intervallen auf 3 Hautstellen im ganzen 24 bis 27 X pro Serie verabfolgt. Nach dieser Methode hat H. bis jetzt keine Mißerfolge gesehen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 1½ bis 2 Monate. Die Blutungen bei Fibrosis uteri sind nach H. viel leichter zu behandeln als die Myomblutungen. Nur die Blutungen infolge polypöser Veränderung der Uterusschleimhaut verhalten sich den Strahlen gegenüber hartnäckiger. Von 32 Frauen mit Fibrosis sind 3 oligo-, 18 amenorrhoisch, die übrigen stehen noch teilweise in Behandlung, teils haben sie sich der weiteren Behandlung und Beobachtung entzogen. Die Berechnung der Durchschnittsdosis bis zur Amenorrhöe betrug für die Myome 81 X und für die Fibrosis durchschnittlich 40 X. Zum Schluß folgt eine Übersichtstabelle der Erfolge aller in der Poliklinik für Frauenleiden zu München seit Mai 1911 bestrahlten Fälle. *Borell* (Düsseldorf).

Stern, Samuel: X-ray treatment of uterine fibroids, menorrhagia and metrorrhagia. (Die Behandlung von Myomen, Menorrhagien und Metrorrhagien mit Röntgenstrahlen.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1133 bis 1142. 1913.

Verf. berichtet über seine Technik und Erfolge. Eine dauernde Amenorrhöe wurde nur bei Frauen über 40 Jahre erreicht. Bei den übrigen nur eine Verringerung der Blutung und in manchen Fällen eine vorübergehende Cessatio mensium; nur über einzelne Fälle sind genaue Daten angegeben, eine zahlenmäßige Zusammenfassung der Resultate fehlt. Die Technik ist folgende: Abstand der Röhre von der Haut bis 20 cm; bestrahlt wird nur abdominal ein großes Feld mit einer Dosis von 2 H. Als Filter wird ein mit Eis gefüllter Gummibeutel verwendet, der gleichzeitig desensibilisierend wirkt. Bei jüngeren Frauen wird in Abständen von 3 Tagen 6 mal bestrahlt. Dann wird beobachtet; ist eine Beeinflussung nicht zu konstatieren, so soll die Patientin einem Chirurgen überwiesen werden; nur wenn Operation kontraindiziert ist, wird 2—3 Monate ausgesetzt und dann mit der Röntgentherapie fortgefahren. Bei älteren Frauen wird 2—3 Wochen hindurch 3 mal wöchentlich bestrahlt. *Lembcke.*

Pfahler, George E., The treatment of uterine hemorrhage by means of the Röntgen rays. (Die Behandlung von Uterusblutungen durch Röntgenstrahlen.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 860—874. 1913.

Verf. verwendet Wasserkühlröhren mit einer Härte von 7—8 Benoist. Er benutzte als Filter bis vor kurzem nur Leder, kombiniert dieses gegenwärtig aber mit 1 mm Al. F.; Fokus-Hautabstand 30 cm. Bestrahlt wird meist abdominal, und zwar werden in 1, häufig in 3—9 Tagen 10 X appliziert. Freies Intervall 4 Wochen; will man das Ziel möglichst früh erreichen, so bestrahlt man schon alle 3 Wochen und dann nach der Kreuzfeuermethode; so kann man die Frauen schon nach 3 Monaten amenorrhoisch machen.

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Pfahler zu den folgenden Sätzen: Die Röntgentherapie ist die Methode der Wahl bei allen Frauen nahe der Klimax, bei

denen sich mit Sicherheit ein Carcinom ausschließen läßt; unter 40 Jahren ist sie nicht die Methode der Wahl, dagegen soll sie in allen Fällen, bei denen eine Operation kontraindiziert ist, ohne Rücksicht auf das Alter in Anwendung kommen. *Lembcke.*

Chilaïditi, Demetrius, Sur la technique radiothérapique des fibromyomes utérins. (Über die radiotherapeutische Technik der Uterusfibromyome.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 45, S. 157—167. 1913.

Devise: Filter-, Nah-, Kreuzfeuer-Bestrahlung. Um den Ovarien möglichst viel Röntgenlicht zukommen zu lassen, muß die Haut über den Ovarien verschoben und dann über einer neuen Hautpartie weiter bestrahlt werden. Fixierung der Haut in der deplacierten Lage! Kompression! Einteilung des Abdomens in etwa 20 Felder; hiervon 4 Tage hintereinander je 5 Felder bestrahlen (am besten sofort post menses). Darauf 20—25 Tage Pause. Filter 2 mm. Röhre 6—7 B. W. resp. 10—12 Wehnelt. Energie der Kur hängt ab von a) der Dicke der Bauchwand, b) der Beweglichkeit der Haut, c) der Größe des Abdomens, d) der Größe des Tumors, e) dem Alter der Kranken. In der Mittellinie einen Streifen frei von der Bestrahlung lassen, um im Falle einer doch notwendig werdenden Operation den Hautschnitt in unbestrahlter Haut machen zu können. *Immelmann* (Berlin).

Hirsch, Georg, Die Röntgenbehandlung bei Myomen und Fibrosis uteri. (*Univ.-Poliklin. f. Frauenleid., München.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 4, S. 373—389. 1913.

Bestrahlt wird seit Mai 1911, zunächst nach Albers - Schönbergscher Technik mit dem gleichen Erfolge, wie sie auch andere Autoren hatten (16 Fälle); es folgt eine Übergangsmethode (April-Juli 1912) mit 6 Fällen, von denen 4 amenorrhoisch, 1 oligomenorrhoisch, 1 effugit; Technik: Fokushautabstand wurde „auf einige Zentimeter verringert, statt 2 jetzt 3 abdominale Felder, Filter 2 fach Leder, 5—6 X pro Feld, 15—18 X pro Serie, statt 4 Wochen jetzt ein freies Intervall von nur 3 Wochen. Die jetzige Methode, nach der bisher 24 Fälle bestrahlt sind, ist folgende: 3 Felder mit je 8—9 X, Fokus-Hautdistanz 25 cm, 3 mm Al-F., freies Intervall 14—16 Tage. Amenorrhöe durchschnittlich in $1^1/_2$—2 Monaten erreicht; aus der Behandlung entlassen: 18 Frauen, davon 16 amenorrhoisch, 2 oligomenorrhoisch. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Walter, B.: Über radioaktive Substanzen und ihre therapeutische Verwendung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 5, S. 511—520. 1913.

Als radioaktive Stoffe bezeichnet man diejenigen Stoffe, deren Atome in einem regelmäßigen Zerfall begriffen sind. Nach einer gewissen Zeit ist von einer bestimmten Menge nur noch ein Bruchteil vorhanden. Ist dieser Bruchteil gerade die Hälfte der ursprünglichen Menge, so nennt man die dazu gehörige Zerfallszeit die Halbwertszeit des betreffenden Stoffes. Die große Zahl der bekannten radioaktiven Stoffe ordnet sich in drei große Gruppen: die Uran-, die Thorium- und die Aktiniumgruppe. Der Zerfall der meisten Gruppen ist von einer eigentümlichen Strahlung begleitet (nach ihrem Entdecker Becquerelstrahlen genannt), bei der man α-, β- und γ-Strahlen unterscheidet. Für die Verwendung in der Medizin kommt fast nur das Radium und das Mesothorium in Betracht. Beide Stoffe gleichen sich in ihrem chemischen Verhalten in jeder Hinsicht. Der Unterschied zwischen beiden liegt besonders in der geringen Zerfallsgeschwindigkeit des Radiums gegenüber dem Mesothorium (Halbwertszeit des Radiums = 1750 Jahre, des Mesothoriums 1 = 5,5 Jahre). Die α-Strahlen wirken wegen ihrer großen Absorbierbarkeit nur auf die oberflächlich liegenden Zellen ein. Die Wirkung in den Geweben durch die β- und γ-Strahlen scheint nicht eine Wirkung der primären Strahlungen selbst, sondern eine Wirkung der von ihnen erst in den körperlichen Geweben erzeugten sekundären Strahlungen zu sein. Walter schließt aus seinen Versuchen, daß die therapeutische Wirkung des Radiums und des Mesothoriums bei gleicher Abfilterung keine sehr verschiedenartige sein dürfte. *Hirsch* (München).

Regaud, Cl., et Ant. Lacassagne: Sur la radiosensibilité (aux rayons X) des cellules épithéliales des follicules ovariens, chez la lapine. (Über die Radio-

sensibilität gegen Röntgenstrahlen der epithelialen Zellen der Follikel von Kaninchenovarien.) (*Laborat. d'anat. gén. et d'histol., fac. de méd., Lyon.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74,** Nr. 23, S. 1308 bis 1311. 1913.

Die Radiosensibilität beginnt mit dem Wachstum der Follikelzellen und erreicht ihr Maximum mit der Reife des Follikels. Nach dem Bersten derselben während der Umwandlung des Corpus luteum nimmt die Radiosensibilität rapide ab. Die alten Follikelzellen verhalten sich vollkommen refraktär. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Müller: Befund bei Rezidivblutungen nach Röntgenbestrahlung. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitz. v. 16. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** Ergänzungsh., S. 397. 1913.

Bei einer Myompatientin traten nach 7 monatlicher Menopause wieder Blutungen auf, die trotz erneuter Applikation von 40 X sich nach 4 Tagen wiederholten. Auf Wunsch der Patientin Operation. Im Uterus 2 intramurale Myome, Ovarien senil geschrumpft. Mikroskopisch normales Myomgewebe, normale Schleimhaut, atrophisches Ovarialgewebe.

Verf. nimmt als Ursache des Rezidivs die Erhaltung eines Restes von funktionstüchtigem Ovarialgewebe an. Fortsetzung der Bestrahlung hätte nach seiner Ansicht zum Ziel geführt. Er empfiehlt nach Schwinden der Blutung stets noch 2—3 Bestrahlungen zu verabreichen. *Zinsser* (Berlin).

Cottenot, Paul: L'irradiation glandulaire. Ses applications thérapeutiques. (Drüsenbestrahlung. Ihre therapeutische Verwendung.) Médecin pratic. Jg. **9,** Nr. 15, S. 229—231. 1913.

Um die hypertrophierte Thymus auf ihre normale Größe zu reduzieren, kann man röntgenisieren. In 51% bessern sich die nervösen Symptome, die Tachykardie und der Tremor; die Patienten nehmen an Gewicht zu. Der Exophthalmus wird selten beeinflußt. Hypophysentumoren mit Akromegalie wurden zweimal (Fall Gramegna und Fall Beclère), aber jedesmal nur vorübergehend beeinflußt. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Ledoux-Lebard: Sur la nouvelle ampoule Muller pour radiothérapie. (Eine neue Müller-Röhre für Röntgentherapie.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5,** Nr. 46, S. 193—194. 1913.

Verf. verwendet seit 3 Monaten die Müller-Ballontherapieröhre, die er bei einer Belastung von $2^1/_2$—3 M. A. und einer Härte von 9—10 Benoist eine volle Stunde ununterbrochen laufen lassen kann, ehe das Wasser in der Kühlvorrichtung kocht. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Gastou, P.: La fusibilité des anticathodes dans les tubes de Röntgen. (Die Schmelzbarkeit der Antikathode.) Arch. d'électr. méd. Jg. **21,** Nr. **360,** S. 548—550. 1913.

Verf. hat mit den verschiedensten Metallen Versuche gemacht und ist dabei zu dem Resultate gekommen, daß das Wolfram das geeignetste Material für die Herstellung von Antikathoden ist. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Meyer, Stefan, Über die Normalmaße des Radiums und die Meßmethodik der Radioaktivität. Strahlentherapie Bd. **2,** H. 2, S. 533—542. 1913.

Seit 1912 internationale Radium-Standard-Präparate in Paris, Wien und Manchester. Das enthaltene Radium ist definiert durch sein Atomgewicht von 226 und durch seine Wärmeentwicklung, die für 1 g Radium samt seinen ersten Zerfallsprodukten bis Ra C stündlich bei Absorption aller seiner α-β-γ-Strahlen 138 Grammcalorien beträgt. Zur Messung und Gehaltsbestimmung radioaktiver Substanzen kann prinzipiell jede konstante Eigenschaft derselben herangezogen werden; also die photographischen oder fluorescenzerregenden Wirkungen, die Heliumbildung, die Wärmeentwicklung und die ionisierenden Wirkungen. Insbesondere die letzteren „elektrischen" Methoden erweisen sich für Präzisionsmessungen am geeignetsten. In erster Linie handelt es sich um die Bestimmung der Stromstärke, die Ionisierung der Luft, sei es durch die α-, sei es durch die γ-Strahlen hervorgerufen wird, und zwar mißt man diese Stromstärken meist in elektrostatischen Einheiten oder in Milliampère. Es werden die gebräuchlichsten Methoden für die Bestimmung der γ-Strahlen und für die Bestimmung der α-Strahlen besprochen. Dabei wird hervorgehoben, daß andere radioaktive Produkte, wie das Mesothor, annäherungsweise durch ihre γ-Strahlen mit dem Radium relationiert werden

können. Ein Gramm Radium ohne seine Zerfallsprodukte liefert allseitig gemessen einen Strom von $2{,}42 \cdot 10^6$ elektrostatische Einheiten (0,807 Milliampère). Während für die Meßmethodik besonders die α- und γ-Strahlung herangezogen werden, spielen gerade diese beiden Strahlenarten nach dem Verf. für die therapeutische Wirkung eine untergeordnete Rolle. Was die γ-Strahlung anbelange, so müsse für sie der Grundsatz gelten, daß nur solche Strahlen wirksam sein könnten, die absorbiert würden. Da nun von der primären γ-Strahlung sehr wenig absorbiert werde, so könne ihre Wirkung auch nicht erheblich sein. Dagegen würden die γ-Strahlen beim Auftreffen auf Materie eine sekundäre β- (Elektronen-) Strahlung erzeugen, die den Charakter der primären β-Strahlung besitze. Dieser Strahlung sowie der primären β-Strahlung, welche vom Körper fast völlig absorbiert werde, sei der stärkste Einfluß zuzuschreiben.

Gauss (Freiburg i. Br.).

Keetman, B., und M. Mayer, Zur Messung von Thorium-X-Präparaten. (*Laborat. d. dtsch. Glühlicht-A.-G., Berlin.*) Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 543—555. 1913.

Die α-Strahlen repräsentieren von allen drei Strahlenarten die größte Energie. Sie sind daher bei innerlich anzuwendenden Präparaten der Dosierung zugrunde zu legen, und zwar ebensowohl beim Thorium X, wie bei der Radiumemanation. Die Aktivität kam in beiden Fällen in elektrostatischen (bzw. Mache-) Einheiten angegeben werden. Die Dosierung nach der α-Strahlen-Methode ist nur für äußerlich angewendete Bestrahlungsapparate mit Radium und Mesothorium am Platze, da bei diesen die α-Strahlen nicht zur Wirkung gelangen. *Gauss* (Freiburg i. Br.).

Fenini, Guido: La galvano-terapia in ginecologia. (Die Galvanotherapie in der Gynaekologie.) (*Opera Pia Guardia ostetr., Milano, e asilo Reg. Elena per le madri povere legit.*) Arte ostetr. Jg. **27**, Nr. 12, S. 177—185. 1913.

Verf. plädiert für eine größere Wertschätzung obiger Therapie, als es heutzutage geschieht. Namentlich tritt er für die Methode von Apostoli ein, dem das Verdienst gebühre, die genauen Normen dieser Behandlung angegeben zu haben. Verf. gibt eine ausführliche Schilderung des Verfahrens und seiner biochemischen Wirkung, welche im Original nachgelesen werden muß. Die Technik ist außerordentlich einfach. Nach einer ausgiebigen Scheidenspülung wird die aktive Elektrode ins Cavum uteri eingebracht. Nach der sehr umfangreichen Literatur zu schließen, bestehen Kontraindikationen für das Verfahren bei malignen Tumoren, fibromatös-cystischen Geschwülsten und akuter Entzündung der Adnexe. Sehr bewährt hat sich das Verfahren da, wo es galt, Hämostase zu bewirken, so bei Fibromen und bei den Formen von Endometritis, wo wiederholtes Auskratzen versagte, ferner bei Retroflexio uteri infolge Verwachsungen und perimetritischen Adhäsionen. Der galvanische Strom in Verbindung mit dem faradischen ist von großem Nutzen bei sexueller Neurasthenie, mangelhafter Involution des Uterus post partum, bei Dysmenorrhöe und bei Amenorrhöe, soweit dieselbe nicht auf einer Entwicklungshemmung beruht. Bericht über 2 Fälle von Fibroma uteri mit starken Blutungen, welche aufs günstigste beeinflußt wurden.

Burk (Stuttgart).

Allgemeine Chirurgie:

Schottelius: Bemerkungen zur Händedesinfektion. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 14, S. 530—532. 1913.

Die wiederholte Änderung der Händedesinfektionsmethode im preußischen Hebammenlehrbuch beruht auf den wissenschaftlichen Erfahrungen, die im Laufe der Jahre gesammelt sind, und wird daher zu Unrecht von Ahlfeld beanstandet. Dessen Einwände gegen die Unzulänglichkeit der Kresolwaschung lassen sich, wie Laubenheimers Untersuchungen bestätigen, nicht aufrechterhalten. Endlich muß auch sein Vorschlag, den reinen 95 proz. Alkohol für ärztliche Zwecke mit 5 proz. Sapo kalinus zu denaturieren, abgelehnt werden, da jedermann fast kostenlos durch Destillation den reinen undenaturierten Alkohol wiedergewinnen kann. *Holste* (Stettin).

Perez, A. M.: Über Thermo-Ätherisierung. Siglo méd. Jg. **60,** Nr. 3101. S. 307 bis 308. 1913. (Span.)

Vom 14. Februar 1887 bis 19. April 1913 wurden 8008 Narkosen mit erwärmten Ätherdämpfen ausgeführt, ohne einen Todesfall, der der Narkose anzurechnen wäre. Ein nach den Angaben des Verf. in Konstruktion befindlicher Apparat wird nur eine helfende Person erfordern an Stelle der bisherigen zwei. *Michael* (Leipzig).

Nelson, Harry E.: The use of heated ether vapor as an anesthetic. (Die Anwendung erhitzter Ätherdämpfe als Anaestheticum.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 1, S. 57—59. 1913.

Auf Grund seiner Erfahrungen an 648 Patienten empfiehlt Verf. warm den von Caine (New Orleans) angegebenen Apparat, um bei der Inhalationsnarkose mit Äther dem Patienten nur erhitzte Ätherdämpfe zuzuführen. Hierdurch soll die Hypersekretion der Bronchialschleimhaut verhindert oder wenigstens sehr vermindert werden. Genaue Beschreibung des Apparates und seiner Anwendungsweise. *Vaßmer* (Hannover).

Gorrell, Charles W. F., Some observations in anaesthesia. (Beobachtungen in bezug auf Anästhesie.) Canad. pract. a. rev. Bd. **38,** Nr. 2, S. 63—68. 1913.

Gorell fordert in Übereinstimmung mit der American Medical Association die Anstellung eines Spezialarztes für Anästhesie. Er verwirft den Gebrauch von Chloroform, welchem er den Äther unbedingt vorzieht. Ein vom Verf. konstruierter Inhalationsapparat wird beschrieben und als vorteilhaft bezeichnet (geringer Verbrauch, leichte Dosierbarkeit des Anästhetikums, bequeme Handhabung und Möglichkeit der Sterilisierung des Apparates). Ferner wird die Aufmerksamkeit auf die Methode nach A. Cooper (intravenöse Injektion von Hedonal) und die Methode von J. T. Gwathmey, bei welchem der Äther mit Orangenöl gemischt und in einem eigenen Apparat vorgewärmt wird, gelenkt. *Lihotzky* (Wien).

Prince, E. M.: Nitrous oxide and oxygen anaesthesia. Observations in 2500 cases. (Stickstoffoxydsauerstoffanästhesie; Beobachtungen an 2500 Fällen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 622—627. 1913.

Das für alle Fälle beste Anästhetikum muß noch erst gefunden werden. Verf. lobt die kombinierte Stickoxydsauerstoffnarkose, besonders bei alten Leuten, bei Lungen- und Herzkomplikationen und Störungen seitens der Nieren. Eine Blutdrucksteigerung soll bei genügender Sauerstoffzufuhr nicht eintreten. Albuminurie soll im Gegensatz zum Äther nie vorkommen, ebenso fehlten postoperative Pneumonien. Vor der Operation werden $^1/_2$—1 ctg Morphium, 6 dcmg Atropinsulfat und 2 mg Strychninsulfat gegeben. In vielen Fällen kam er ohne jedes Medikament aus; Kindern soll kein Morphium gegeben werden. Die Narkose muß in den Händen von gutgeschulten und ausreichend bezahlten Berufsnarkotiseuren liegen, die die volle Verantwortung für die ausgeführte Anästhesie übernehmen. Jeder Apparat, der die in Frage stehenden Gase in genügend großen Behältern enthält und eine Dosierung des Verbrauches gestattet, ist zweckentsprechend. Außerdem wurde der Apparat vom Verf. mit einem Kohlensäure enthaltenden Gefäß versehen; das Gas sollte in geeigneten Momenten als Stimulans für die Atmung gebraucht werden, was gerade für die Stickoxydnarkose von Bedeutung ist, bei welcher die Überwachung der Atmung sehr streng sein muß. Es kann nicht geleugnet werden, daß auch Todesfälle nach Stickoxydsauerstoffnarkosen vorkommen; in welchem Prozentsatze, können erst weitere Erfahrungen lehren. Jedenfalls geht es nicht an, Todesfälle nach Narkosen, bei denen außer Stickoxyd auch andere Narkotika gebraucht wurden, allein dem Stickoxyd zur Last zu legen. Verf. lobt an seiner Narkose die Schnelligkeit der Wirkung beim Fehlen unangenehmer Sensationen, den Mangel postoperativer Komplikationen und des Erbrechens, die Verminderung des Shoks und die rasche Rückkehr zum Bewußtsein. Nachteile der Narkose sind die Notwendigkeit eines geübten Narkotiseurs, der hohe Preis des Narkotikums und die in manchen Fällen beobachtete Muskelrigidität und Unruhe der Patienten. Von geburtshilflichen Fällen wird berichtet, daß die Frauen wohl den Durchtritt des Kindes, aber keine Schmerzen dabei verspürt haben. *Rittershaus* (Coburg).

Le Filliatre, G.: Analgésie générale par rachicocaïnisation lombo-sacrée. (Allgemeine Schmerzlosigkeit durch lumbosakrale Rachicocainisation.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la scc. de biol. Bd. **74,** Nr. 24, S. 1401—1402. 1913.

Verf. erreicht stets durch Punktion und Einspritzung auf der Höhe des ersten Sakralwirbels die Schmerzlosigkeit nicht nur des Thorax und der oberen Glieder, sondern auch des Halses und des Kopfes.

Er verfährt folgendermaßen: Er punktiert auf der Höhe des ersten Sakralwirbels, läßt 10 ccm Cerebrospinalflüssigkeit ablaufen bei beabsichtigter Anästhesierung des subumbilikalen Teiles des Körpers, 15 ccm für die Anästhesierung des supraumbilikalen Teils ohne Hals und Kopf, und 20 ccm für Hals und Kopf. Steht die Cerebrospinalflüssigkeit unter starkem Druck, so werden die Zahlen um 5 ccm erhöht. Dann spritzt Verf. $2^1/_2$—3 ccm seiner im Augenblick zubereiteten Cocainlösung ein und macht eine subcutane Einspritzung von 2 mg Strychninsulfat und 5 cg Spartein. Darauf wird der Kranke hingelegt, der Kopf ein wenig aufgehoben, und während 5—6 Minuten läßt man ihn husten. Nach 10—15 Minuten besteht eine vollkommene Schmerzunempfindlichkeit des Kopfes. Oft treten auf: geringe Blässe des Gesichtes, Verminderung des Pulsschlages, seltener Aufstoßen; diese Symptome können auch vorübergehend im Laufe der ersten halben Stunde der Narkose sich zeigen und haben keine besondere Bedeutung. Der Kranke bewahrt, bei normaler Atmung, seine Bewegungen, seine Reflexe, sein Sensorium, er unterscheidet die Kälte von der Wärme, ohne im geringsten die Verbrennung wahrzunehmen. Die Schmerzunempfindlichkeit dauert je nach der verbrauchten Cocaindosis: von einer $^1/_2$—1 Stunde für den Hals und den Kopf, 1—$1^1/_2$ Stunde für den Thorax und die oberen Glieder, $1^1/_2$—3 Stunden für den subumbilikalen Teil. 24 Stunden nach der Einspritzung ist die Cerebrospinalflüssigkeit ganz normal. Auf diese Weise hat Verf. schon 7 mal verfahren zwecks Schmerzlosigkeit an Kopf und Hals ohne irgendwelche andere Nebenerscheinungen. Folgt eine Krankengeschichte. *Daels.*

Le Filliatre: Analgésie générale par rachicocaïnisation lombo-sacrée. (Allgemeine Analgesie durch Lumbalanästhesie.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 29, S. 582—583. 1913.

Verf. wendet die Lumbalanästhesie seit 12 Jahren an und verfügt über 2700 Fälle. Er hat bei seiner Methode keine unangenehmen Nebenerscheinungen gehabt, was er auf ein ausgiebiges Ablassen von Lumbalflüssigkeit zurückführt. Je mehr Lumbalflüssigkeit man abfließen läßt, desto weniger Cocainlösung braucht man einzuspritzen. Er verwendet lediglich 1,5—3 ccm Cocainlösung 1 : 50 (je nach der gewünschten Ausdehnung der Anästhesie) und spritzt noch subcutan 1—2 mg Strychnin und 5 cg Spartein ein; dann läßt er den Kranken hinlegen und fordert ihn auf, mehrmals zu husten. Nach 10 Minuten ist die Anästhesie vollkommen. Bei der vorhergeschickten Lumbalpunktion läßt er je nach der Ausdehnung der gewünschten Anästhesie 10 ccm Lumbalflüssigkeit ab für die Region unter dem Nabel, 15 ccm für die Region über dem Nabel, ausgenommen Hals und Kopf, 20 ccm für Hals und Kopf; bei starkem intraarachnoidalem Drucke werden diese Zahlen um 5 ccm erhöht. Von Nebenerscheinungen hat er bei diesem Vorgehen seit 12 Jahren lediglich geringe Gesichtsblässe, geringe Verminderung der Pulsintensität und ab und zu Übelsein beobachtet. Die Analgesie dauert $1^1/_2$—2 Stunden für Thorax, Abdomen und untere Extremitäten, $^1/_2$—1 Stunde für Hals, obere Extremitäten und Kopf. Zum Schlusse beschreibt er ausführlich den Gang einer Bulbusenucleation unter Lumbalanästhesie, um die Einzelheiten seiner Methode nochmals genau zu rekapitulieren.

Frankenstein (Cöln).

Sénéchal, Marcel, et Robert Engel, L'incision de Pfannenstiel: technique, avantages et indications opératoires. (Die Inzision nach Pfannenstiel: Technik, Vorteile und Indikationen.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 64, S. 1045—1054. 1913.

Geschichte, topographische Anatomie, Operationstechnik, Vorteile, Indikationen und Gegenanzeigen werden ausführlich besprochen. Auf Grund zahlreicher Erfahrungen sprechen sich Verff. sehr zugunsten dieser Schnittführung aus. Reiches Literaturverzeichnis. *Lihotzky* (Wien).

Hellendall, Hugo, Längsschnitt oder Querschnitt? (*Priv.-Frauenklin. v. Dr. Hellendall.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 25, S. 936—938. 1913.

Hellendall ist, bei aller Anerkennung des Pfannenstielschen Schnittes, der Meinung, daß derselbe an Übersichtlichkeit einen Vergleich mit dem Längsschnitt nicht in allen Fällen aushalten kann. Er zieht deshalb den letzteren, nach seiner Methode, die im Original nachzulesen ist, modifiziert, dem Querschnitt vor. Nach dieser modifizierten Nahtmethode sollen die Narben außerordentlich fest, Serome, Hämatome und Hernien sicher vermieden werden; auch der kosmetische Effekt könne mit dem der Pfannenstiel-Schnitte wetteifern. *Lihotzky* (Wien).

Widal: Phlegmatia d'origine néoplasique. (Phlegmasie auf Grund einer Neubildung.) Journal de méd. et de chirurg. Montreal. Jg. **8,** Nr. **5,** S. 187 bis 188. 1913.

Krankengeschichte einer 46 jährigen Frau, welche 4 Jahre vorher wegen einer Neubildung totalexstirpiert worden war. Sie zeigte jetzt eine richtige Phlegmasia alba dolens, die mit Ischiasschmerzen angefangen hatte. Die Ursache war ein Tumorrezidiv in der Fossa iliaca, welches offenbar zuerst die Ischiadicuswurzeln und später die Vena iliaca komprimiert hatte. Natürlich konnte die Behandlung lediglich symptomatisch sein. *Frankenstein* (Köln).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Gill, A. Wilson: Acute endocarditis following gonorrhoea. (Akute Endokarditis nach Gonorrhöe.) Brit. med journal Nr. **2741,** S. 68. 1913.

Ein 44 jähriger Mann, der einige Wochen nach Ablauf seiner Gonorrhöe an Herzstörungen erkrankte, starb einige Monate später in einem Anfall von kardialem Asthma. *Blanck.*

Brocq: Über die große Wichtigkeit der Hygiene der Syphilitiker. Archivos de Ginecopasia, Obstetricia y Pediatria **26,** Nr. 9, S. 177—187. 1913. (Span.).

Verf. betont neben der Wichtigkeit der antisyphilitischen Behandlung die große Bedeutung hygienischer Maßnahmen bei der Behandlung syphilitisch Erkrankter. Allgemeine Körperpflege, besonders die des Mundes, sind wichtige Faktoren, die letztere besonders zur Verhütung des Zungenkrebses. Auch zur Prophylaxe gegen Tabes und Paralyse ist eine Hygiene des Nervensystems zur Zeit der Erkrankung notwendig. Verf. bringt eine Reihe praktischer Details und eine Würdigung des Salvarsans, dessen ausgezeichnete Wirkung zu einer Abortivbehandlung im primären Stadium rückhaltlos anerkannt wird, während die Frage über eine prädisponierende Einwirkung auf Erkrankungen des Nervensystems für Brocq noch nicht vollständig geklärt ist. *Benario.*

Patel, Maurice, Traitement de la tuberculose génitale de la femme. (Behandlung der Genitaltuberkulose der Frau.) Journal des sages-femmes Jg. **41,** Nr. 11, S. 274—276 u. Nr. 12, S. 281—284. 1913.

Allgemeine Darstellung der verschiedenen Formen der Genitaltuberkulose der Frau. Äußerliche Tuberkulose (Vulva, Scheide, Uterus), innerliche Tuberkulose (Adnexe). Vulva: ulceröse Form von Gervitz und Gebhard, vegetative Form von Petit und Bender. Behandlung: Kauterisation, Ausschabung, Excision. Vagina: primäre Tuberkulose sehr selten, ähnliche Behandlung wie für die Vulvatuberkulose. Cervix: miliare, papilläre, ulceröse und interstitielle Form. Behandlung: Kauterisation, Ausschabung, besonders hohe Amputation der Cervix. Die Hysterektomie ist nur angebracht bei den diffusen Formen oder bei Rezidiven nach lokaler Behandlung. Corpus uteri: eigentliche Tuberkulose des Corpus uteri, besonders der Schleimhaut, Tuberkulose bei anderen Affektionen des Corpus uteri (Adenomyom, Fibroma, Carcinoma), entzündliche Tuberkulose von Poncet, welche nur besteht in Hyperämie oder Sklerose, durch die Tuberkulosetoxine hervorgerufen. Behandlung: Abrasio mit anatomo-pathologischer Untersuchung, die dann in vielen Fällen die Hysterektomie indiziert. Die Adnextuberkulose ist die wichtigste, sie ist hauptsächlich hämatogenen Ursprungs. Tubare Tuberkulose: gewöhnlich sind beide Tuben ergriffen; Salpingitis tuberculosa, ulcerosa oder purulenta mit geringer Beteiligung des Peritoneums und der Ovarien; tubarer Absceß, welcher das Bild einer großen, frei beweglichen tubaren Eitercyste annimmt. Attenuierte Formen: Salpingitis catarrhalis und Hydrosalpinx tuberculosa. Peritoneale Affektionen: Ascitis, Tuberculosis plastica, adhaesiva, suppurativa, vegetativa. Eierstöcke: Oophoritis tuberculosa (sehr selten primär), hypertrophica (ein Fall von Tederat), tuberkulös gewordene Cysten oder Geschwülste. Komplikationen der innerlichen Genitaltuberkulose: Ausdehnung auf das Peritoneum, Durchbruch der Abscesse in Därme, Blase, Scheide, Urethra, Bruchkanal, Haut. Komplikation mit Schwangerschaft, auch Tubarschwangerschaft, oder mit anderen Verletzungen der Genitalien. Von der Therapie der Adnextuberkulose wird nicht gesprochen. *Daels* (Gent).

Merle, E., Guérison d'un cas de tétanos, traité par la sérotherapie intra-rachidienne. (Heilung eines Tetanusfalles durch Seruminjektion in den Arachnoidalraum.) Pédiatrie prat. Jg. **11,** Nr. 11, S. 199—201. 1913.

Genaue Krankengeschichte eines diesbezüglichen Falles, bei dem durch intraarachnoidale Injektion von 80 ccm Tetanusserum im Laufe von 5 Tagen nach vorangegangener Lumbalpunktion eine komplette Heilung erzielt wurde. Die Heilung ging sehr allmählich unter verschiedenen Rückfällen vor sich und wurde unterstützt durch 2 subcutane Injektionen von je 20 ccm. Nach den intraarachnoidalen Injektionen wurde Kopftieflage angewandt, um eine vollständige Berührung des Serums mit allen von dem Tetanusgifte affizierten Zentren zu ermöglichen. Die vollständige Heilung nahm ungefähr 8 Tage in Anspruch. *Frankenstein.*

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Sellheim, Hugo: Der Geschlechtsunterschied des Herzens. Umschau **17,** Nr. 29, S. 585—587. 1913.

Zahlreiche Wägungen haben ergeben, daß das Wachstum des Herzens (auch im Verhältnis zu den geringeren Körpermaßen der Frau) bei beiden Geschlechtern bis etwa zum 20. Lebensjahr annähernd gleich ist, daß von da an bis zum 40. Jahre im Gegensatz zu dem männlichen Geschlecht das weibliche ein deutliches Zurückbleiben aufweist. Tritt aber die Schwangerschaft hinzu, so kommt es zu einer enormen Belastung des mütterlichen Stoffwechsels durch den Aufbau des Kindes, der mit einer Massenzunahme seiner Organe darauf antwortet. Daher reagiert auch das weibliche Herz in der Zeit dieser Mehrbelastung durch Schwangerschaft mit einer Massenzunahme, die um so deutlicher ausfällt, in je jüngeren Jahren die ausgereifte Frau Mutter wird, und die um so mehr verschwindet, je mehr die Belastung mit der Schwangerschaft dem 40. Jahre sich nähert, wo sie schließlich gar nicht mehr zum Ausdruck kommt. Dieser naturgemäße Zuwachs an Herzgewicht ist nicht unbeträchtlich; er beträgt im Mittel für jede Schwangerschaft 25 g. Nach dem 40. Jahre wächst das weibliche Herz in gleicher Weise wie das männliche weiter, um dann mit den 70er Jahren an Gewicht abzunehmen, wie auch das männliche. *Buschan* (Stettin).

● **Fischer, A., und H. Fischer: Diätetische Küche für Klinik, Sanatorium und Haus; zusammengestellt mit besonderer Berücksichtigung der Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten.** Berlin: Springer 1913. IV, 258 S. M. 6.—.

Die Verff. bringen eine außerordentlich reichhaltige und abwechslungsreiche Zusammenstellung von Kochrezepten jeder Art mit besonderer Berücksichtigung der Schmackhaftigkeit und der für die Verpflegung Kranker notwendigen Zubereitungsart. Die Rezepte sind sehr übersichtlich eingeteilt, wie jedes Kochbuch in Suppen, Fleischspeisen, Mehlspeisen, Gemüse usw. Als Einleitung dient eine kurze Abhandlung über die Veränderung (physikalisch und chemisch) der verschiedenen Nahrungsmittel bei der Zubereitung der Speisen durch Kochen, Braten usw., ferner über Konservierung und Sterilisierung z. B. des Fleisches und der Milch. Von einer klinischen Bewertung der einzelnen Speisen und ihrer Zubereitungsart ist im allgemeinen abgesehen. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Darbois, P.: Les prurits circonscrits rebelles. Leur traitement par la radiothérapie. (Über circumscripten Pruritus und seine Behandlung durch Radiotherapie.) Médecin pratic. Jg. **9,** Nr. 8, S. 117—120. 1913.

Am häufigsten lokalisiert sich diese Form von Pruritus an der Innenfläche der Oberschenkel, um den Anus herum, am Mons Veneris, an den großen Labien, am Scrotum, in der Kniekehle, am Hals, an der Außen- und Oberfläche der Schenkel und am Handgelenk; meistens werden Frauen davon befallen. Pat. klagen über Jucken, Kratzen, Brennen und Hitzegefühl. Die Beschwerden treten gewöhnlich abends auf. Das gilt vor allem für den Pruritus vulvae, der unerträgliche Beschwerden hervorrufen kann, so daß manche Patienten auf Suicidgedanken verfallen. Pruritus ani kommt bei

Mann und Frau vor. Auch hierbei können qualvolle Beschwerden ausgelöst werden. Dies ist allerdings in den meisten Fällen von Pruritus nicht der Fall. Da ist es nicht die Intensität, sondern das lange Fortbestehen des Juckreizes, das die Kranken zum Arzt führt. Die Hartnäckigkeit gegenüber therapeutischen Versuchen ist allen Pruritusarten gemeinsam. Allen anderen Mitteln überlegen ist die Röntgentherapie; mit wenigen Sitzungen heilt man meist den Pruritus und gleichzeitig die Entzündung der Haut. Einzelheiten der Technik sind im Original zu ersehen. Je nach dem Falle werden harte oder weiche, filtrierte oder unfiltrierte Strahlen verwendet. Nach 12—20 Tagen wird die Bestrahlung wiederholt.

Von 35 so behandelten Patienten, die bis zu 12 Jahren in Beobachtung stehen, haben nur 2 ein Rezidiv bekommen, das nicht durch erneute Behandlung zu heilen war; der eine Patient hatte eine Analfistel, der andere Incontinentia urinae. 3 andere Rezidive nach 6, 9 und 10 Monaten heilten durch erneute Bestrahlung. Außer diesen wurden im Krankenhaus weitere 200 Patienten mit Radiotherapie behandelt und fast alle geheilt. *Zweifel* (Jena).

Mattissohn: Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. (*Rud. Virchow-Krankenh., Berlin.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphil. Orig. Bd. **116,** H. 3, S. 817—840. 1913.

Verf. tritt für eine aktive Therapie der Vulvovaginitis gonorrh. inf. ein. Die Dauer der Erkrankung schwankt bei seinem Material zwischen 95 Tagen bis fast 11 Monaten. Es wurde ohne Rücksicht auf den Gonokokkenbefund stets neben der Vulva und Vagina auch die Urethra behandelt, die Cervix jedoch in Ruhe gelassen. In frischen Fällen hat sich für die ersten 1—2 Wochen neben kühlen Umschlägen absolute Bettruhe am besten bewährt. Nach dieser Zeit erfolgen Ausspülungen mit Albargin (0,2%), Protargol ($^1/_4$—1%) oder Ichthargan (0,2%) und, sobald der Ausfluß serös geworden und der Gonokokkenbefund mehrmals negativ gewesen ist, werden abwechselnd Irrigationen mit einem Silbereiweißpräparat und anderen Adstringentien (Chlorzink, Alaun) in dünnen Lösungen angewandt.

Verf. konnte 31 frühere Patientinnen nach Ablauf einer Frist, die sich bis auf 5 Jahre erstreckte, nachuntersuchen. In 13 Fällen war noch ein reichliches Sekret vorhanden; bei 8 Mädchen (26%) ließen sich wiederum Gonokokken nachweisen.

Immerhin sind die erzielten Resultate besser, als sie bei erwachsenen Frauen vorkommen, und es konnten insbesondere niemals Anhaltspunkte für ein Ascendieren der Gonorrhöe gefunden werden. Verf. neigt daher zu der Ansicht Cahen-Brachs, daß vor Eintritt der Pubertät dem Vordringen der Gonokokken am festgeschlossenen äußeren Muttermund ein Widerstand gesetzt wird und durch die Beschränkung auf die oberflächlichen Teile des Urogenitaltractus die Prognose des Leidens bei Kindern günstiger ist als bei menstruierten Frauen. *Holste* (Stettin).

Liepmann, W.: Der Antifluor, ein neues Instrument zur Trockenbehandlung der Scheidenkatarrhe. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 25, S. 1383. 1913.

Liepmann empfiehlt das Instrument wegen billigen Preises, seiner leichten Zerlegbarkeit und Reinigung. Das Pulverrohr wird in eine Schutzkappe gesteckt, die es vor Verunreinigung schützt und die Scheidenschleimhaut entfaltet. Als Pulver verwendet er Lenizet. Zu beziehen vom med. Warenhaus, Berlin NW, Karlstr. 31. Preis 3,50 Mk. *Bretz* (Bonn).

Thomä, Fr.: Zur Ätiologie der Gynatresien. (*Priv. Frauenklin. von Dr. Fr. Thomä, Lüdenscheid.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** Erg.-H., S. 1 bis 59. 1913.

Unter Zugrundelegung der Felixschen Forschungsergebnisse über die Entwicklung der weiblichen Genitalorgane untersucht Thomä das Zustandekommen der vaginalen Atresien. Er tritt dabei Nagels Ausführungen über dies Thema und Veits Theorie von der erworbenen Entstehung der allermeisten Gynatresien entgegen und kommt zu folgenden Schlüssen: Sicher erworben sind alle die vaginalen Atresien, bei denen 1. in der Anamnese ein vulvovaginaler Entzündungsprozeß sicher festgestellt ist, welche 2. die Residuen dieser Prozsse in Gestalt von Narben, die häufig mit Unregelmäßigkeiten der Form der Verschließung verbunden sind, zeigen oder 3. Sekretretentionen aufweisen. Weiter sind sicher angeboren alle die Fälle, die sich p. part.

durch die Symptome der Sekretretention verraten. Außerdem aber im allgemeinen noch diejenigen, die neben der vaginalen Atresie noch anderweitige Bildungsanomalien z. B. mangelhafte Entwicklung des Vestibulum, Weite der Harnröhrenmündung, Störungen der Uterusbildung usw. aufwiesen, vorausgesetzt, daß keiner der obengenannten Punkte bei ihnen zutrifft. Die übrigbleibenden Fälle vaginaler Atresien, für die also keine der oben angeführten Punkte zutreffen, werden ätiologisch mit absoluter Sicherheit vorläufig nicht zu rubrizieren sein. Doch ist anzunehmen, daß die größte Mehrzahl auch dieser Fälle angeboren ist. Auch in der Hämatosalpinxfrage wendet sich Thomä gegen Veit, nach dem die Genese der Hämatosalpinx bei Scheidenatresie „immer mit irgendeiner Infektion, meist mit derselben, die die Atresie bewirkte, in Verbindung steht". Nach T. ist das Becken = Peritoneum durch die Blutansammlung in den Genitalorganen in seiner Resorptionsfähigkeit herabgesetzt und wird durch die veränderte Beschaffenheit und das sich immer wiederholende, schubweise erfolgende Einströmen des Menstruationsblutes in einen chronischen Reizzustand versetzt, der zur Adhäsionsbildung führt. Wenn Veit die so häufig im Anschluß an die Ruptur einer Hämatosalpinx auftretende, tödliche Peritonitis als besonderen Beweis für seine Theorie anführt, so erklärt T. demgegenüber, daß es sich hier fast immer um solche Fälle gehandelt habe, bei denen eine vaginale Eröffnung von Hämatokolpos oder Hämatometra vorausgegangen sei. Die Hämatosalpinx sei durch ascendierende Keime erst nach dem Eingriff infiziert worden. Auch dagegen wendet sich der Verf., daß Veit sage, die Keime, welche durch Entzündungserregung zur Atresie führten, gelangten durch Uterus und Tube bis in das Peritoneum und riefen hier eine circumscripte Peritonitis hervor, deren Symptome relativ geringfügig seien. Da es sich nach T. Ansicht bei ascendierenden Keimen fast nur um Gonokokken handeln könne, die aber schon bei Erwachsenen stets alarmierende Erscheinungen auslösten, so sei um so mehr bei Kindern eine Ascension von Gonokokken ohne heftige peritonitische Symptome nicht denkbar, und dies müsse in der Anamnese zum Ausdruck kommen. Auch wäre zu erwarten, daß eine derartige Entzündung zu Pyosalpinx und schweren Veränderungen der Tubenwand führe, von alledem ließen aber mikroskopische Untersuchungen von Hämatosalpingen nichts nachweisen. Seine Schlußfolgerungen faßt der Verf. folgendermaßen zusammen: 1. Die Bildung einer Hämatosalpinx bei vaginalen Atresien hat, von seltenen Ausnahmen abgesehen, mit der Ätiologie der letzteren nichts zu tun. 2. Zur Erklärung des Tubenverschlusses genügt der Reiz des sich ständig in Schüben ergießenden und veränderten Menstruationsblutes, wobei die Kongestions- und Stauungszustände der Beckenorgane prädisponierend einwirken. Nur in seltenen Fällen kommt ätiologisch eine Infektion von seiten der Nachbarorgane auf hämatogenem Wege oder durch Ascension in Frage. Am Schlusse der Arbeit kommt die Beschreibung einiger eigenen Fälle, an die Bemerkungen über die Therapie der Gynatresie angefügt sind. *Heuck* (Ludwigshafen).

Quénu, E., et Anselme Schwartz, Création d'un vagin en cas d'absence congénitale de ce conduit par greffe d'une anse intestinale. Technique opératoire. (Herstellung einer Vagina bei kongenitalem Mangel derselben durch Einpflanzen einer Dünndarmschlinge.) Rév. de chirurg. Jg. **33,** Nr. 6, S. 855 bis 892. 1913.

Zunächst werden die bisherigen Methoden erwähnt. Am besten bewährte sich das Einpflanzen einer Dünndarmschlinge, wie es zuerst Baldwin, dann Mori ausführte. Ersterer zog die isolierte Dünndarmschlinge mit ihrer Kuppe, letzterer mit einem Ende zur Vulva. Die Verff. beschreiben nun genau die Operationstechnik.

Zunächst Incision quer am Perineum, Auspräparieren eines Kanals im rectovesicalen Gewebe bis zur Douglasfalte, diese wird noch nicht eröffnet. Austamponieren des Kanals und Einlage einer gekrümmten Kornzange bis zur Douglasfalte. Handschuhwechsel und mediane Laparotomie. Aussuchen der beweglichsten Dünndarmschlinge, die sich meist 25—40 cm vom Coecumansatz entfernt findet. Diese wird in 20 cm Länge isoliert in der gewöhnlichen Weise der Darmresektion unter sorgfältiger Schonung der ernährenden Gefäße des Mesenteriums,

doppelte Unterbindung der beiden Enden. Verbindung des übrigen Darms durch seitliche Anastomose, letztere muß vor dem Mesenterium der isolierten Schlinge liegen, so daß letztere auf der hinteren Bauchwand lagert unter dem Dünndarm und dessen Mesenterium. Hierauf wird die Schlinge nach unten durch den eröffneten Douglas hindurch bis zur Vulva gezogen und dort fixiert. Mori führte nur das untere Ende der Schlinge zur Vulva heraus, Baldwin die Mitte der Konvexität derselben, diese eröffnete er und hatte so zwei nebeneinanderlaufende Rohre, nur durch einen Sporn getrennt, den er später nach 14 Tagen entfernte. Die Verff. empfehlen den Teil der Schlinge, der am beweglichsten ist, mit der Konvexität nach unten zu ziehen, auch wenn die Schenkel ungleich sind. Das Mesenterium wird so möglichst gleichmäßig angespannt und doch ein zu starker, zu Nekrosen führender Zug vermieden. Der kürzere Schenkel der Vagina bildet nun eine Art Divertikel. Das Douglasperitoneum wird auf der vorher eingeführten Kornzange von innen durchschnitten und die mit dieser Zange gefaßte Schlinge nach außen gezogen. Schluß der Laparotomiewunde und Fixation der Schlinge an der Vulva, hierauf sofortiges Incidieren des Darmes; späteres Incidieren hat stets schwere Erscheinungen hervorgerufen. Uterus und Adnexe fehlen meist; sind sie vorhanden, so raten Verff. zu totaler Exstirpation nach ihren Erfahrungen, denn meist sind diese Organe doch nicht funktionstüchtig. Die neue Vagina muß 14 Tage nach der Operation noch eine Zeitlang mit Hegarstiften dilatiert werden, um die Geschmeidigkeit des umgebenden Gewebes zu erhalten. Zum Schluß werden noch die Krankengeschichten der einzelnen bekannten Fälle wiedergegeben. *Bretz* (Bonn).

Uterus:

Ferroni, E.: Metrorragie delle vergini da tubercolosi del corpo uterino. (Virginelle Metrorrhagien bei Tuberkulose des Corpus uteri.) (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18**, Nr. 7, S. 101—102. 1913.

Verf. fand unter 14 Virgines, die an Metrorrhagien litten, drei Fälle von Tuberkulose der Uterusmukosa, bei den anderen 11 Fällen bestand lediglich Hyperplasie. Bei zweien der Tuberkulosefälle (12- und 14jährige Kinder betreffend) fand sich nur im Curettement, sonst nirgends im Körper Tuberkulose. Im dritten Falle (24jähr. Mädchen) auch Tuberkulose der Pleura und der Wirbelsäule. Bei allen dreien war der Uterus nicht vergrößert. Das Curettement verschlechterte den spezifischen Prozeß nicht. Bei einem der Kinder hörten die Blutungen ganz auf, der Allgemeinzustand schien gebessert, doch später kam es zu Tuberkulose der Pleura und des Peritoneums.

Bei jungen Mädchen ist stets an Tuberkulose zu denken, wenn frühzeitig Blutungen eintreten. Klinisch ist die Differentialdiagnose gegen Hyperplasia endometrii nicht zu stellen, sondern nur mikroskopisch. Bei ganz bestimmten Fällen kann eine Auskratzung sogar Heilung bringen. Bei vorgeschrittenen Fällen ist die Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe notwendig. *Frankl* (Wien).

Handfield-Jones, M., Two cases of fibromyoma of the uterus undergoing sarcomatous degeneration. (Zwei Fälle sarkomatöser Entartung von Uterusfibromyomen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 219—223. 1913.

In dem ersten Fall handelte es sich um einen post-operativen Exitus letalis. Die klinische Vorgeschichte und die Sektion erbrachte den Beweis, daß ein Sarkom vorlag, das ein vorhandenes Myom durchsetzt und schließlich zerstört hatte. Im Zentrum der Geschwulst fanden sich Restbestände von Muskelgewebe in der für Fibromyome typischen Gruppierung. Ganz ähnlich verhielt es sich im zweiten Fall, bei dem die Operation günstig verlief. Die histologische Untersuchung des riesigen, durch eine schmale fibro-muskuläre Schicht abgeschnürten und in zwei Hälften geteilten Tumors wies in seiner größeren Hälfte ein Gewächs auf, das sich als Sarkom darstellte, während die ganze Masse des übrigen Tumors Zellen von normalem Bindegewebstypus aufwies. In beiden Fällen handelte es sich um Spindelzellensarkome. *Burk* (Stuttgart).

Friedrich: Demonstration einiger interessanter Myome. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitz. v. 29. IV. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 115 bis 116. 1913.

1. Apfelgroßes Myom, aus der Hinterwand des Uterus enukleiert. Beim Aufschneiden scheint sich um das eigentliche Myom noch eine ca. 1 cm breite Kapsel zu ziehen, die von dem Myom durch einen schmalen verkalkten Streifen getrennt ist. 2. Haselnußgroßes echtes Myom des Ligamentum rotundum. 3. Myom, das nach typischer vaginaler Totalexstirpation wegen Uterus myomatosus nachträglich im linken Parametrium gefühlt und aus diesem ausgeschält wurde. Verf. nimmt an, daß es sich um ein Cervixmyom handelt, das in das Parametrium geboren war und so den Zusammenhang mit seiner Ursprungsstelle verloren hatte. *Zinsser.*

Poupko: La pathogénie des fibromyomes utérins. (Die Pathogenese der Uterusmyome.) Médecin pratic. Jg. **9**, Nr. 24, S. 373—374. 1913.

Verf. erörtert zuerst kurz die für die Pathogenese der Fibromyome in Betracht kommenden Theorien: 1. die der Entwicklungsstörungen (Cohnheim), 2. die des vasculären Ursprungs (Keiffer, Klebs usw.) und 3. die Entzündungstheorie (Virchow, Gottschalk usw.), von denen er die dritte vielleicht für die annehmbarste hält. Hinsichtlich der Ätiologie besteht noch völliges Dunkel. An 6000 Beobachtungen ließ sich feststellen, daß die Fibromyome mit Ausnahme der Metritiden und entzündlicher Adnexerkrankungen die häufigsten gynaekologischen Affektionen sind. Unter den Neubildungen stehen sie hinsichtlich der Frequenz an 1. Stelle. Sie entwickeln sich meist zwischen 40 und 45 Jahren. Die Menses sind in mehr als einem Drittel der Fälle sehr stark. *Jonas* (Greifswald).

Siredey, A., et Henri Lemaire, De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin. (Über den Nutzen der explorativen Curettage für die frühzeitige Diagnose des Gebärmutterkrebses.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Jg. **40**, Nr. (5), S. 280—289. 1913.

Die Verff. haben es sich zur Regel gemacht, in allen nur irgendwie verdächtigen Fällen die Biopsie anzuwenden und konnten allein im letzten Jahre 8 Patienten unter günstigen Bedingungen zur Operation bringen, noch ehe die klinische Diagnose mit Sicherheit festgestellt war. Verff. bedauern, die Methode nicht öfter in der Praxis angewandt zu sehen, um die Patienten einesteils vor unnötigen Eingriffen zu schützen, andernteils sie vor zu späten Eingriffen zu bewahren. Die Technik ist einfach: Bei einer Erkrankung der Cervix bedient man sich einer langen, sehr scharfen Scheere oder der Faureschen Lochzange. Bei Schleimhautneubildungen des Corpus oder der Cervix wird zuerst mit Laminaria dilatiert und dann erst curettiert. Die Färbungen der gewonnenen Präparate werden besprochen, wobei empfohlen wird, stets mehrere derselben anzuwenden, am besten Kontrastfärbungen. Instruktive Krankengeschichten und Abbildungen der gewonnenen mikroskopischen Präparate illustrieren die Arbeit. *Burk* (Stuttgart).

Candela y Plá, M.: Chirurgische Behandlung des Uteruskrebses. (3. Kongr. f. Gynäkol., Geburtsh. u. Kinderheilk.) Crón. méd. Valencia Jg. **25**, Nr. 578, S. 85 bis 89 und Nr. 578, S. 97—103. 1913. (Span.)

1. Die Wertheimsche Operation erfüllt nicht alle Erfordernisse der Chirurgie des Uteruskrebses. 2. Die Kompliziertheit des Problems und der Mangel fester Einteilungspunkte als Urteilsbasis für die operative Beurteilung erschweren die Aufstellung der Statistiken derart, daß diese die Ansprüche kritischer Forscher nicht befriedigen. 3. Die großen, „radikalen" Operationen mit Ausräumung des Beckens haben die Bedeutung vorbeugender Maßnahmen da, wo die Infiltration der Lymphdrüsen und des Zellgewebes noch nicht krebsig ist. 4. Unter diesen Umständen aber kann Totalexstirpation des Uterus mitsamt dem Scheidengewölbe auf abdominalem und sogar auf vaginalem Wege, unter Vermeidung der Gefahren der erweiterten Operation ebenso annehmbare Resultate geben. 5. In Fällen an der Grenze der Operabilität annehmbar eine erweiterte Freundsche Operation mit Entfernung parametralen Gewebes, nicht weiter, als nötig zur Auslösung des Uterus aus seinen natürlichen Verbindungen und des Scheidengewölbes zwecks thermokaustischer Abtragung mittels Wertheimscher Klammern. 6. Mehr als bei irgendeiner Erkrankung liegt beim Carcinom das Geheimnis der Heilbarkeit in der Frühdiagnose. 7. Eine allgemeine internationale Abstimmung würde die Anhänger der Wertheimschen Operation in der Minderzahl finden. 8. Aufruf an die spanischen Ärzte, sich speziell der von Deutschland ausgehenden Bewegung zur Verbesserung der Heilungsaussichten durch Frühdiagnose anzuschließen. *Michael* Leipzig).

Faure, J.-L.: Traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale. (Die Behandlung des Krebses des Gebärmutterhalses

durch abdominale Gebärmutterausschneidung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 25, S. 1061—1064. 1913.

Seit fast 7 Jahren, November 1906, da Faure von den Ergebnissen seiner im Titel genannten Operation die erste Mitteilung machte, hat er eine große Zahl solcher Eingriffe ausgeführt. Wenn er nicht über alle Fälle berichten kann, so liegt der Grund darin, daß eine gewisse Anzahl nicht mehr auffindbar gewesen ist.

Aus dieser Zeit sind ihm 10 Fälle bekannt, die die Operation durch einen Zeitraum von 1 Jahr und 2 Monaten bis zu 7 Jahren und 7 Monaten überlebt haben. Von diesen Kranken sind 4 gestorben, eine 2 Jahre nach der Operation an allgemeiner Hautsarkomatose, eine zweite nach 7 Jahren an Lungenemphysem, ohne Zeichen von Rezidiven, eine dritte nach 2 Jahren und 4 Monaten, über deren Todesursache Verf. nichts erfahren konnte, endlich eine vierte nach 8 Jahren, von der dasselbe gilt, wie von der dritten. Die übrigen 6 Patientinnen erfreuen sich guter Gesundheit und sind vollkommen geheilt geblieben, eine nach 8, eine nach 10, 3 nach 11, eine nach 14 Jahren. Autor ist bedauerlicherweise nicht in der Lage, eine klinische Statistik zu liefern, wohl aber eine solche aus seiner privaten Praxis. Von 24 Fällen sind 2, d. i. 8,33%, an der Operation, 5, d. i. 20,83%, an Rezidiven gestorben. 17 sind gegenwärtig gesund. Von diesen sind 4 noch nicht 1 Jahr lang operiert, die übrigen 13 sind zwischen 19 Monaten und 6 Jahren und 3 Monaten operiert. *Pollak* (Prag).

Opitz: Ausgedehntes Corpuscarcinom, das die Uteruswand nach hinten durchwachsen hatte und auf den Mastdarm übergegangen war. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitz. v. 16. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Ergänzungsh., S. 403. 1913.

Am Scheideneingang zahlreiche Metastasen, die rosenkranzartig, entsprechend den Hymenalresten, angeordnet waren. Exstirpation des ganzen Genitalschlauches, vaginal begonnen, abdominal beendet. Exitus im Shock. Die Mestastasen zeigten mikroskopisch gleichen Bau wie die Primärgeschwulst, sie saßen nur an der Oberfläche. Über ihre Entstehung, ob Implantation oder rückläufige Embolie will Opitz sich kein bestimmtes Urteil erlauben. *Zinsser.*

Gutiérrez y González, Eugenio: Behandlung des Gebärmutterkrebses. Rev. valenc. de cienc. méd. Jg. **15**, Nr. 292, S. 138—148. 1913. (Span.)

Prophylaktisch sind Narben, Erosionen usw. zu behandeln. Medizinische Maßnahmen (Cancroin, Antimeristem, Cholin usw.; Pankreatin, Trypsin, Röntgen, Radium, Mesothorium; Kupfersalze, Zellersche Methode) sind zwecklos. Operativ ist die abdominale erweiterte Totalexstirpation den vaginalen Methoden vorzuziehen (23 eigene Fälle). Palliative Behandlung der inoperablen Fälle. *Schmid* (Prag).

Theilhaber, A.: Der Einfluß des Klimakteriums auf die Entstehung der Carcinome. Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 13, S. 469—472. 1913.

Verf. hebt zunächst hervor, daß schon in den präklimakterischen Jahren makroskopisch und mikroskopisch deutliche Zeichen von Atrophie am Genitale, den übrigen Organen des Beckens und der Mamma sich finden. Das mikroskopische Bild zeigt eine Verminderung der Zahl der zelligen Elemente des Bindegewebes sowie degenerative Veränderungen an denselben. Außerdem sind Stenosierungen der Gefäße vorhanden. Da die Statistiken zeigen, daß die Größe der Disposition zum Carcinom im umgekehrten Verhältnis zum Zellreichtum des Bindegewebes steht und von der Pubertät ab auch im umgekehrten Verhältnis zur Blutversorgung der Genitalien, so kommt er zu dem Schluß, daß zwischen Carcinombildung und der senilen Atrophie des Bindegewebes ein Zusammenhang besteht. Seiner Ansicht nach kommt es zu Carcinombildung dann, wenn im Klimakterium zu einer schon vorhandenen Schädigung des Epithels (durch Geburtstrauma, Narbenbildung, Entzündung) die physiologische senile Bindegewebsatrophie hinzutritt. Vielleicht spiele auch eine Veränderung der Drüsen, welche weiße Blutkörperchen bilden, im Klimakterium bei der Entwicklung der Carcinome eine Rolle. Als therapeutische Maßnahmen empfiehlt er daher solche, welche auf eine gute Durchblutung der Gewebe abzielen: Saugglocke, Massage, Diathermie, Sonnenbäder usw. Die Behandlung der Carcinome soll nicht mit der Operation als abgeschlossen betrachtet, sondern nachträglich durch die eben beschriebenen Verfahren ergänzt werden. *Klotz.*

Proust, Robert, et Xavier Bender, Le chorio-épithéliome malin. Étude anatomo-pathologique et pathogénique. (Chorionepithelioma malignum, eine

pathologisch-anatomische und pathogenetische Studie.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **20,** Nr. 4/5, S. 401—454. 1913.

Die Verff. besprechen zunächst die einzelnen Zellschichten des Chorions und die bisherigen Ansichten über Entstehung und Tätigkeit derselben. Alsdann folgt eine genauere Erörterung über Pathogenese und pathologische Anatomie des Chorionepithelioms, über Veränderungen der Ovarien bei demselben und die Art der Metastasenbildung, ferner über die histologische Diagnosenstellung nach Schwangerschaft, bei Placentarpolypen und nach Blasenmole. Im weiteren Teil der Arbeit wird das Chorionepitheliom der Tuben, mit den kurzen Krankengeschichten der 13 bisher hierüber bekannten Fälle, und dasjenige besprochen, welches primär außerhalb des Uterus und seiner Anhänge beobachtet wurde. Zum Schluß folgt dann noch eine Abhandlung über Chorionepitheliom in Teratomen. Überall reichliche Literaturangaben.
Bretz (Bonn).

Franqué, Otto v.: Die Behandlung der Retroflexio uteri. (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 28, S. 1105—1108. 1913.

Die Retroflexio uteri darf nur unter ganz bestimmten Umständen behandelt werden. Die Beschwerden rühren meist von Komplikationen her, welche behandelt werden müssen, ob sie genitaler oder allgemeiner Natur sind. Behandelt darf und soll die Retroflexio mobilis werden, wenn sie akut durch Trauma entstanden ist, wenn sie mit Gravidität verbunden ist, wenn sie im Puerperium entdeckt wird; ferner bei Kombination mit Prolaps oder Descensus; seltener bei Sterilität, wenn andere Ursachen ausgeschlossen sind; ausnahmsweise, um eine Dyspareunie zu heilen. Bei Retroflexio fixata muß zuerst versucht werden, die chronische Pelveoperitonitis usw. konservativ zu heilen; ist dies vergeblich, dann ist Operation angezeigt. Bei mobiler Retroflexio zieht von Franqué, falls die Operation indiziert ist, der Ventro- oder Vaginofixation die ungefährlichere Alexander-Adamssche Operation vor. *Bauer* (Berlin).

Roubaix, de: De la périnéorrhaphie. (Über die Perineorrhaphie.) Gaz. de gynécol. Bd. **28,** Nr. 650, S. 209—216. 1913.

Verf. verfährt bei der Perineorrhaphie bei komplettem Dammriß nach den Prinzipien Emmets. Der linke Zeigefinger, in das Rectum eingeführt, zieht die Rectovaginalwand nach vorn und unten. Dann wird auf dem Rand zwischen Scheide und Rektum und $1^1/_2$ cm oberhalb quer eingeschnitten. Der Lappen wird abgelöst bis auf die Seitenteile des Rectums. Die obere Incision soll angelegt werden im Augenblick, wo der ins Rectum eingeführte Finger die Wand ausdehnt, und soll auf dieser Weise eine nach unten konkave Form annehmen; sie soll bis auf den untersten Teil der großen Labien weitergeführt werden und an dieser Stelle $2—2^1/_2$ cm vom Rectum liegen. Der unterste Schnitt wird nach unten weitergeführt entlang der Rectumschleimhaut bis $^1/_2$ cm neben dem Anus. Die Enden der beiden Einschnitte werden durch gebogene Linien verbunden. Anfrischung. Verf. hat für das Zusammennähen die Emmetsche Nadel geändert, indem bei ihm die Spitze von oben nach unten abgespaltet ist, damit sie leichter und ungefährlicher durch das Rectovaginalseptum hindurch komme. Die Nähte werden alle von der Außenfläche aus durch die Tiefe angelegt. *Daels* (Gent).

Schlimpert: Demonstration der Beckenbodenpräparate zweier Hündinnen. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Sitz. v. 16. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** Ergänzungsh., S. 404—405. 1913.

Das eine Präparat zeigt einen faustgroßen Prolaps, das andere ein normales Genital. Der Prolaps war jeweils im Anschluß an die Brunst aufgetreten und wieder zurückgegangen, bis er bei der letzten Brunst irreponibel blieb. Trotz deutlicher hernienartiger Vorstülpung des Prolapses durch den Levatorspalt ist eine Veränderung der Levatormuskulatur nicht nachweisbar.

Schlimpert bespricht dann die ätiologischen Faktoren der Prolapse beim Tier. Beim Vergleich mit dem menschlichen Prolaps ist stets die veränderte Körperhaltung zu berücksichtigen. Ätiologisch kommen wahrscheinlich in Betracht die Druckerhöhung im Abdomen, die Auflockerung des Beckenbodens durch hyperämische Schwellung, allgemeine Schwächung des Körpers und damit auch der Beckenbodenmuskulatur. S. denkt an ein Durchpressen der Scheidenwände durch den Levatorspalt, ähnlich dem Auspressen von Analprolapsen bei kleinen Kindern. *Zinsser* (Berlin).

Bandler, Samuel Wyllis: The importance and value of the inverted T-incision in vaginal surgery. (Über den Wert des T-Schnittes bei vaginalen Operationen.) Med. record Bd. **83,** Nr. 26, S. 1164—1165. 1913.

Die quere Incision des vorderen Scheidengewölbes gibt bei manchen vaginalen

Operationen nicht Raum genug; das Hinzufügen eines Längsschnittes gibt bei weitem mehr Klarheit und Raum und ist außerdem sehr vorteilhaft für das gefahrlose Abschieben der Harnblase von der Cervix. *Klein* (Straßburg i. E.).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Schilainer, M.: Sekundäre Sarkomatose der Tubae uterinae durch Implantation. (*Pathol. Inst., Straßburg.*) Straßburg. med. Zeit. Jg. **10**, H. 7, S. 173 bis 176. 1913.

Bei einem 25jährigen Dienstmädchen wurde im März 1911 ein primäres kleinzelliges Rundzellensarkom der rechten axillaren Lymphdrüsen entfernt. Bald nach der Operation lokale Rezidive, rascher Verfall, am 3. Mai 1911 (6 Wochen nach der Operation) Exitus letalis. Bei der Sektion fanden sich Geschwulstknoten, die makroskopisch vollkommen dem Tumor in der Axilla glichen, in der Vena axillaris, den cervicalen Lymphdrüsen, der Thyreoidea, linken Lunge, dem Magen, Jejunum, Pankreas, den Nieren, Ovarien, Tuben, mesenterialen Lymphdrüsen und dem Uterus. Diese sämtlichen Tumoren weisen histologisch einen unter sich und mit dem Primärtumor absolut gleichartigen Bau auf. Genitalbefund: Uterus normal groß, mit vielen bis linsengroßen, weißen, knotigen Verdickungen seines Peritonealüberzuges, Tuben kleinfingerdick außen glatt, völlig von weißen Tumormassen durchsetzt, Ovarien faustgroß, ganz von Neoplasma infiltriert. Histologisch: Uterusmucosa intakt, die Verdickungen der Serosa und Subserosa erwiesen sich als Sarkom. Rundzellensarkom beider Ovarien. An den Tuben ist links der seröse Überzug aufgegangen in Sarkom, beide Muscularislappen durch Sarkom destruiert, zahlreiche ziemlich intakte Blutgefäße, Mucosa größtenteils vom Epithel entblößt. Diese sekundäre Sarkomatose des Uterus, der Tuben und Ovarien kam nach Verf. durch peritoneale Implantation zustande. Eine Erkrankung der Tuben per continuitatem von den ev. auf dem Blutwege metastatisch erkrankten Ovarien aus hält Verf. nicht für wahrscheinlich, da Tuben und Ovarien gleichmäßig infiltriert waren. Die Verschleppung des Sarkoms auf dem Blut- und Lymphwege in die Tuben hält Verf. nicht für wahrscheinlich, da in den Gefäßen nirgends Geschwulstthromben sich fanden. Es bleibt nur der peritoneale Weg. Die Sarkompartikel könnten von den Knoten im Magen, Pankreas und den mesenterialen Lymphdrüsen in die Peritonealhöhle gelangt sein. Besprechung ähnlicher Fälle aus der Literatur. *Hauser* (Rostock).

Brickner, Walter M., Rupture of pyosalpinx not a rare accident. (Pyosalpinx, kein seltenes Ereignis.) (Soc. of the alumni of the Sloane hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 995—999. 1913.

Brickner ist der Ansicht, daß die Ruptur der Pyosalpingen kein gar so ungewöhnliches Ereignis ist, als allgemein angenommen wird. Er konnte 91 Fälle sammeln und berichtet einen weiteren Fall, der durch Lap. zur Heilung kam. *Lihotzky* (Wien).

St. Pierre, J. A.: Inclusion congénitale des trompes et des ovaires dans le ligament large. Étude d'embryologie. (Kongenitaler Einschluß der Tuben und Ovarien in das Ligamentum latum.) Union méd. du Canada Bd. **42**, Nr. 4, S. 197—203. 1913.

Bei der Operation des Falles fanden sich die genannten Organe völlig in den Blättern des breiten Mutterbandes eingescheidet. Rechts war das Ovarium cystisch degeneriert. Die Tube vergrößert, unterhalb des Ovariums gelegen und mit Flüssigkeit gefüllt.

An der Hand dieses Falles bespricht Verf. eingehend die bisher an den Ovarien beschriebenen Anomalien und teilt dieselben in solche nach Zahl, Gestalt, Volumen und Lage ein. Überzählige Ovarien kommen relativ häufig vor (4% aller Fälle). Kongenitale Atrophien der Ovarien sind häufig verbunden mit rudimentärer Entwicklung des Uterus. Auch zwei- und dreilappige Ovarien werden beobachtet. Was die Lageabnormitäten betrifft, so kann das Ovarium vor der Tube oder genau unter der Niere gelegen sein. Verf. erwähnt ferner die Lage von Ovarien im Bruchsack vornehmlich bei Leistenbrüchen. Den Schluß der Arbeit bildet eine kurze embryologische Studie über die Entwicklung und Wanderung der Ovarien. *Burk* (Stuttgart).

Wilson, Thomas: Cyst of ovary filled with rounded balls. (Ovarialcyste, gefüllt mit runden Kugeln.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 8. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 275—280. 1913.

Überaus eingehende Beschreibung einer im rechten Ligamentum latum sitzenden Dermoidcyste, an der die im Inhalt suspendierten Kügelchen den Autor zur Publikation und eingehendster, auch chemischer Untersuchung veranlaßt haben. Der Tumor wurde bei einer 63jährigen

Patientin, der vor 5 Jahren die linke Mamma wegen Carcinom entfernt war, konstatiert. Er wurde mit dem Uterus und den linken Adnexen, soweit dies bei den vielen Verwachsungen möglich war, entfernt. Glatte Heilung. Eine genaue chemische Beschreibung von Tumorwand und Inhalt nach dem Bericht Dr. Cranston-Walkers schließt den Vortrag. *Hesse.*

Friedrich: Dermoidcyste. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitz. v. 29. IV. 1913. Diskussion.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 110. 1913.

An der Wand einer Dermoidcyste fanden sich kleine, bis haselnußgroße, traubenförmige Gebilde, die mit der Cyste durch dünne Stiele zusammenhingen. Mikroskopisch im Inneren der zwiebelartig geschichteten nekrobiotischen Kugeln abgestoßene Epithelien. Friedrich nimmt an, daß es sich um die Kombination eines Dermoids mit einem Cystadenom handelt. Stieltorsion bewirkte die Abschnürung der kleinen Cysten zu kugelartigen Gebilden. *Zinsser* (Berlin).

Rosenstein: Dermoid und Teratom. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitz. v. 29. IV. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Heft 1, S. 109—111. 1913.

1. 15jähriges Mädchen. Mannskopfgroßer, cystischer, mit Dermoidbrei erfüllter Tumor. An der Basis ein hartes Gebilde, das Ähnlichkeit mit einem verkümmerten Foetus hatte. Darin Produkte aller drei Keimblätter: Gehirnsubstanz, Zähne, Chorioidea, Knochen, Knorpel, Haut mit Talgdrüsen und Haaren, Muskulatur, drüsige Organe und Darmepithel. — 2. 42jährige Frau. Faustgroßer Tumor von alveolärer Struktur. Mikroskopisch in dem Zwischengewebe der einzelnen Alveolen in der Stützsubstanz neben reichlicher Knochenbildung auch drüsige Massen, die Ähnlichkeit mit Thyreoidea haben. Rosenstein will den Tumor aber nicht mit Sicherheit als Struma ovarii gelten lassen, da es nicht gelang, Jod in dem Inhalt der Alveolen nachzuweisen. *Zinsser* (Berlin).

Purslow, C. E.: Solid tumour of ovary and broad ligament cyst. (Solider Tumor des Ovarium und Cyste des Ligamentium latum.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 8. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 261. 1913.

Der bis zum Schwertfortsatz reichende cystische Tumor erweist sich als Cyste der Lig. lat., das Ovar der anderen Seite als Tennisball großes Fribrom. *Lihotzky* (Wien).

Lizcano, P.: Adnexentzündung und Neurose vom operativen Standpunkt. Siglo méd. Jg. **60**, Nr. 3094, S. 193—195. 1913. (Span.)

Um mit der Therapie bei chronischen Adnexbeschwerden nicht fehlzugehen, bedarf es genauester allgemeiner und lokaler Untersuchung. Der Zustand des Nervensystems übt einen so intensiven Einfluß auf die Funktionen des Genitalsystems aus, daß diese „pseudouterinen" Patienten oft Gegenstand unnötiger Lokalkuren werden. Andererseits darf nicht der verschlimmernde Einfluß übersehen werden, dem solche Nervenzustände von seiten auch palpatorisch unwichtig erscheinender Veränderungen ausgesetzt sind. Eine leicht zu übersehende, doch mitunter sehr wichtige Veränderung ist die Sclerosis ovarica mit ihrem genau charakterisierten anatomischen Substrat, von dunkler, aber anscheinend nicht bakterieller Ätiologie und dem Palpationsbefund einer geringen Vergrößerung des freien, nicht adhärenten, derben Organs mit kleincystischer Oberfläche. Wesentlich für die Bewertung örtlicher Beschwerden als Ursache der Allgemeinsymptome ist die Frage, ob diese konstant bleiben bei Veränderung der übrigen Symptome. In solchen Fällen ist, beim Versagen der internen Behandlung, auch bei wenig palpablen Veränderungen Operation gerechtfertigt. *Michael* (Leipzig).

Rouville, M. de: A propos de trois cas de tuberculose annexielle. (Vorschläge zur Therapie der Adnextuberkulose an der Hand von drei eigenen Fällen.) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 24, S. 189—192. 1913.

Kurze Angaben über die Häufigkeit, die Formen, die Entstehungsweise der Adnextuberkulose und über die Entwicklung und den jetzigen Stand der hierbei angewandten Therapie. Verf. verwirft bei Adnextuberkulose das konservativ-operative Vorgehen, denn 1. sind die Chancen für eine spätere Wiederkonzeption hierbei gering, dafür aber die Gefahr des Zustandekommens einer Extrauteringravidität sehr groß, und 2. ist bei konservativem Operieren die Gefahr von Rezidiven recht erheblich. Die Erhaltung der Menses hält Verf. zwar auch für erstrebenswert, aber bei Adnextuberkulose meist nicht durchführbar. Die Ausfallserscheinungen sind nicht so sehr zu fürchten, als dies vielfach geschieht; die Furcht davor darf uns jedenfalls nicht veranlassen, Organe von fraglicher Gesundheit zurückzulassen. Die der konservativen Therapie der Adnex-

tuberkulose zugrunde gelegten theoretischen Erwägungen halten einer wissenschaftlichen Kritik nicht Stand. Einseitige Adnextuberkulose ist längst nicht so häufig, wie vielfach angenommen, makroskopisch scheinbar gesunde Tuben erweisen sich sehr oft histologisch als tuberkulös, die Spontanheilung ist kein allzuhäufiges Ereignis, der Wert der rein exploratorischen Laparotomie wird stark überschätzt — sie hat noch am meisten Wert für die mit Ascites verbundene Form der Peritonealtuberkulose, aber auch hierbei sehr oft nur provisorischen. — Verf. ist demnach bei Adnextuberkulose für ein absolut radikales Vorgehen, wenn dies irgend durchzuführen ist.

Mitteilung von 3 eigenen Fällen. Im Fall 3 lag eine intraligamentäre Entwicklung der tuberkulösen Pyosalpinx vor. Daß letzteres vorkomme, wird vielfach bestritten. Verf. gibt zu, daß dies exceptionell selten sei, hält es aber für seinen Fall für erwiesen. *Hauser* (Rostock).

Desgouttes, L., et R. Olivier: Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses (lésions du grêle surtout). (Die Bedeutung der Darmverletzungen für die operative Prognose der tuberkulösen Adnexerkrankungen [insbesondere der Verletzungen des Dünndarmes].) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10**, Nr. 13, S. 198—200. 1913.

Vgl. Ref. Bd. **1**, S. 474. *Vaßmer* (Hannover).

Lizcano, P.: Operative Indication bei cystischen Adnexentzündungen. Siglo méd. Jg. **60**, Nr. 3095, S. 214—216. 1913. (Span.)

Nach einleitenden Ausführungen zur Nomenklatur der cystischen entzündlichen Adnexgeschwülste stellt Lizcano für die chronischen Formen in folgenden Fällen die operative Indikation, mit dem Rat genauen Individualisierens: 1. Cystische Salpingitis großen Umfanges, besonders wenn doppelseitig; 2. Salpingitis mit starken Verwachsungen oder fistulösen Durchbrüchen; 3. eitrige fieberhafte Salpingitis (vaginal zu operieren); 4. Adnexentzündung mit häufigen Rezidiven bei geringen Körperanstrengungen oder bei der Menstruation; 5. Adnexentzündungen mit beständigem Schmerz, deren Beschwerden auch in der Ruhe nicht weichen; 6. Adnexentzündung, die durch Druck Verdauungsbeschwerden und allgemeine Schwäche bedingen; 7. Adnexe, die durch Appetitlosigkeit, Blutungen, Ausfluß, Blasenbeschwerden usw. Invalidität verursachen; 8. Ovaritis chronica sclerosa bei nicht-neuropathischen Individuen; 9. kleincystische Ovaritis (serum- und blutgefüllte Follikularcysten). *Michael.*

Bauchorgane:

• **Borghi, Mario: Sopra un caso di ossificazione in una cicatrice laparotomica.** (Ein Fall von Ossifikation in einer Laparatomienarbe.) (*Istit. chirurg., Francesco Ponti.*) Morgagni Jg. **55**, T. 1, Nr. 6, S. 226—232. 1913.

48jähriger Mann, vor 3 Jahren wegen Darmtuberkulose Laparatomie mit einem Medianschnitt zwischen Processus ensiformis und Nabel. Schluß der Bauchwunde mit Dreietagennaht (Nahtmaterial: Seide). Darauf Heilung per primam. Rezidiv der Darmerkrankung, deshalb Relaparatomie mit Exzision in toto der Narbe, welche eine genau auf der Medianlinie und zwischen Haut und Muskeln gelegene harte Stelle enthält. Letztere besteht aus einer 5,5 cm langen, 2,5 cm breiten, und etwa 2 mm dicken Platte von elliptischer Form und knöcherner Konsistenz. Diese Platte zeigt bei mikroskopischer Untersuchung die gleiche Struktur der kurzen Knochen, nämlich einen Kern von Spongiosa und eine äußere Schicht von kompakter Substanz. Das ganze Gebilde ist von straffem Bindegewebe umgeben, welches nur stellenweise spärliche Osteoblasten aufweist. Die Ätiologie der Ossifikation bleibt in dem Fall ganz unklar, als Entstehungsweise derselben wird vom Verf. eine Umwandlung des Bindegewebes in Knochen(-Metaplasie) angenommen. *Colombino* (Mailand).

Bates, U. C.: New operation for the cure of indirect inguinal hernia. (Neue Operationsmethode zur Behandlung der indirekten Inguinalhernie.) Journal of the Americ. med assoc. Bd. **60**, Nr. 26, S. 2032—2033. 1913.

Das Wesentliche ist eine Tabaksbeutelnaht des inneren Bruchringes, die jedoch so gelegt sein muß, daß der Funiculus spermat. resp. das Ligament. rotund. nicht mitgefaßt wird. *Wiemer* (Herne).

Wendel, Walther: Die retrograde Incarceration (Hernie en W). Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6**, S. 536—564. Berlin: Springer. 1913.

Wendel gibt eine Übersicht über den „ebenso interessanten, wie komplizierten

Krankheitsbegriff" der retrograden Incarceration oder der „Hernie en W", welche beide Namen er aus den vielen angegebenen — kombiniert — für die bezeichnendsten hält. Die Arbeit eignet sich zu einem kurzen Referat nicht. Bezeichnet wird mit obiger Benennung der Zustand, wenn bei Hernien eine sich vorbereitende oder vollendete Gangrän eines nicht im Bruchsacke liegenden Eingeweideteiles gefunden wird. Das kann bei frei endenden Organen des Abdomens (Appendix, Ovarium usw.) oder am Darm selbst eintreten. Geschichtliches, kasuistische Besprechung, Pathogenese: Einteilung in primäre und sekundäre W-Brüche, Erklärungsversuche der retrograden Incarceration, Besprechung der hier angegebenen 6 Theorien mit dem Schluß, daß pathogenetisch für die Gangrän oder wenigstens Ernährungsstörung der Verbindungsschlinge entweder eine Einklemmung ihres Mesenteriums oder eine Kompression desselben durch Spannung oder Zug, vielleicht auch Knickwirkung durch die Lagerung der sich blähenden Verbindungsschlinge, oder endlich Blähung und Kotstauung mit bakteriellen und mechanischen Störungen; Torsionen, Verwachsungen — sicher aber nicht die Erklärung aus einer einzigen Ursache für alle Arten — in Frage kommt. Nomenklatur, Definition, diagnostische Hinweise, Prognose und Therapie werden kurz besprochen. Zur letzteren heißt es: Man wird also sagen müssen, daß ein Patient mit Darmgangrän, welcher die Resektion und Enteroanastomose nicht mehr aushält, verloren ist, und wird in zweifelhaften Fällen lieber die Resektion wagen, als Enterostomie und dergleichen ausführen. *Hesse* (Greifswald).

Gerhardt: Tuberkulöse Peritonitis. Würzburger Ärzteabend. Sitz. vom 27. Mai 1913. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60. Nr. 29, S. 1629. 1913.

Zwei Fälle akut eintretender tuberkulöser Peritonitis bei Kindern. Bei dem einen bestand starke Empfindlichkeit und Resistenz in der linken Regio iliaca, zeitweise allgemeiner Ascites. 3 Wochen hektisches Fieber; dann Rückgang der Erscheinungen und deutliche Erholung. Die Besserung fiel zusammen mit dem Beginn der Schmierseifenbehandlung. Der andere Fall ist ausgezeichnet durch eitrige Beschaffenheit des Ergusses; nach 4 Wochen dauerndem kachektischem Fieber wurde durch Punktion $2^1/_2$ l sterilen Eiters entleert; seit der Punktion Fieberabfall und subjektive Besserung. Patient wird jetzt mit Röntgenstrahlen behandelt. *Runge* (Berlin).

Delassus: Péritonite tuberculeuse, opérée deux fois suivie de grossesse normale. (Normale Geburt nach 2mal operierter tuberkulöser Peritonitis.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 29, S. 585—586. 1913.

29jährige Frau, wegen tuberkulöser Peritonitis laperatomiert, wird nach $^3/_4$ Jahren, da sich wieder Ascites einstellt, relaparatomiert. 18 Monate nach der zweiten Operation normale Geburt eines fast 8 Pfund schweren Kindes nach normaler Schwangerschaft. Sie stillt das Kind mehrere Monate selbst und ist vollständig gesund. *Schmidt* (Karlsruhe).

Lane, W. Arbuthnot: Chronic intestinal stasis. (Chronische intestinale Stauung.) Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 6, S. 600—606. 1913.

Gestörte Funktion eines Teils des Darms, den Verf. mit einem Drainagesystem vergleicht, führt zu schweren Störungen an andern Körperstellen; Obstipation ist nur ein häufiges Symptom dabei. Bei Stauung in einem Darmabschnitt können die hier normalen Bakterien sich abnorm vermehren, in für sie nicht vorbereitete Darmteile und hier mündende Organe gelangen oder auf dem Blutweg an andere Stellen des Körpers. Manche als selbständig angesehene Erkrankung heilt durch Beseitigung einer intestinalen Störung (Trigeminusneuralgie, Erkrankungen der Schilddrüse u. a.) Die Ursache der Stauung sind entweder die Stellen normaler Fixation des Darms oder erworbene Adhäsionen; die Prädilektionsstellen der einzelnen Darmabschnitte werden besprochen. Die Stauung im Dickdarm führt zur Stauung in den höher liegenden Abschnitten mit ihren Folgen (z. B. Ulcus duodeni). An Stelle der nach Ansicht des Verf. bestenfalls palliativen medikamentösen Therapie verordnet er flüssiges Paraffin innerlich bei Fehlen von Adhäsionen — er betont die Wichtigkeit der Röntgendiagnostik — sonst geht er operativ vor, je nach Lage des Falls von einfacher Lösung der Adhäsionen bis zur Resektion des Colons.

Schmidt (Greifswald.)

Magruder, Ernest Pendleton, Neoplasms of the gastro-intestinal tract causing obstruction. (Obstruierende Tumoren des Magendarmkanals.) Virginia med. semi-monthly Bd. 17, Nr. 21, S. 521—526. 1913.

Ätiologie, Histogenese, Symptomatologie, Diagnose und Prognose. Anführung eines Falls von Carcinom der Flexura hepatica. Dringende Forderung, bei Krebs möglichst frühzeitig und radikal zu operieren. *Schmidt* (Karlsruhe).

Lorrain, J.: L'appendicite dans le tout jeune âge. (Appendicitis im frühesten Alter.) Journal de méd. et de chirurg. Montreal Jg. 8, Nr. 5, S. 189 bis 191. 1913.

Bei gastrointestinalen Störungen auch der kleinsten Kinder und Säuglinge darf die Möglichkeit der Appendicitis nicht außer acht gelassen werden; sie tritt sehr vielgestaltig und oft sehr larviert auf und nimmt vielfach sehr rapiden Verlauf. Operative Indikation und Technik unterscheiden sich nicht prinzipiell gegen die des späteren Alters. Prognose ernst; häufige Komplikation Bronchopneumonie. *Michael* (Leipzig).

Chevallier, Paul: Un cas de cancer en jante de l'attache mésentérico-intestinale secondaire à un cancer de l'estomac. (Ein Fall von „Radfelgenkrebs" am intestinalen Mesenterialansatz, sekundär bei einem Magencarcinom.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 6, S. 310—315. 1913.

Eingehende Beschreibung eines durch seine seltene Lokalisation bemerkenswerten sekundären Carcinoms, das sich, bei bestehendem Pyloruskrebs, vom Duodenum bis zum Rectum kontinuierlich, ganz isoliert am Mesenterialansatz des Darmes, ring- oder klammerartig um den Darm gelegt hatte und dadurch verglichen werden konnte mit der Felge eines Pneumatikreifens. Die Affektion hatte den Darm stenosiert, war mit starkem Ascites verbunden und hatte den Tod der 78jährigen Patientin herbeigeführt. — Bemerkungen über Histologie und pathogenetische Theorien. *Hesse* (Greifswald).

Moynihan, Sir Berkeley: The Cavendish lecture, 1913. Remarks on the surgery of the large intestine. (Zur Chirurgie des Dickdarms.) West London med. journal Bd. 18, Nr. 3, S. 165—183. 1913.

Verf. bespricht hauptsächlich die malignen Tumoren und entzündlichen falschen Divertikel. Entsprechend der Funktion des Coecum und Colon ascendens (Absorption des flüssigen Darminhalts), bei Tumoren der rechten Seite meist Durchfälle, der linken meist Verstopfung. In allen Fällen unaufgeklärter Anämie sollen Stuhl und Abdomen gründlich untersucht werden. Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens. Sitz meist in der Nähe des Flexuren. Verf. geht genau auf die Anatomie der Blut- und Lymphgefäße ein, deren völlige Beherrschung er für ein radikales Operieren unbedingt fordert. Der betreffende Darmabschnitt muß vollständig mobilisiert werden, dann sind die technischen Schwierigkeiten der Resektion und Anastomose nicht zu groß. Die gar nicht so seltenen falschen Divertikel bevorzugen Appendix und Flexura sigmoidea. Verf. verlangt chirurgisches Eingreifen bei Auftreten von Abscessen oder Peritonitis im Anschluß an ein perforiertes Divertikel, bei Bildung von internen (nach Dünndarm oder Blase zu) oder externen (nach den Bauchdecken zu) Fisteln, beim Entstehen von Rectalfisteln, ferner wenn auf dem Boden der Entzündung ein Carcinom entsteht oder die Erscheinungen eines solchen. Anführung eines eigenen Falles von multiplen Rectalfisteln bei multiplen Divertikeln des Rectums. *Schmidt* (Karlsruhe).

Brown, James Spencer: Gall-stone ileus. With a report of two cases and two methods of opening the intestine. (Gallenstein-Ileus. Mit Beschreibung von zwei Fällen und zwei Verfahren, den Darm zu eröffnen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 16, Nr. 6, S. 709—711. 1913.

Gallenstein-Ileus ist selten. Der Darmverschluß kann unvollständig und vollständig sein, kann sich von selbst beheben oder andauern. Diagnose und Operation sind einfach. Bei der Eröffnung des Darmes ist der Querschnitt dem Längsschnitt aus physiologischen Gründen überlegen.

Von den 2 operierten Fällen, eine Frau von 76 und eine Frau von 63 Jahren, starb die erste am Operationschok. Durch die Naht nach dem Längsschnitt war das Darmlumen so eng geworden, daß eine Resektion vorgenommen werden mußte. *zur Verth* (Kiel).

Friedrich: Riesen-Milztumor. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitz. v. 29. IV. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 115. 1913.

Eine früher stets gesunde Pat. bot als Symptome einen riesigen Milztumor und hämorrhagische Diathese. Blut abgesehen von einer Hämoglobinverarmung auf 43% normal, keine Drüsenschwellungen. Exstirpation des 10 Pfund schweren Tumors. Diathese verschwindet, Hämoglobin geht auf 75% in die Höhe. Pat. wird bei Wohlbefinden entlassen. *Zinsser.*

Harnorgane:

Bogert, Frank van der: Enuresis and chronic digestive disturbances. (Enuresis und chronische Darmerkrankungen.) (Transact. of the med. soc. of the State New York. Sect. on pediatr.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1269—1271. 1913.

Als ätiologische Momente für Enuresis kommen, abgesehen von lokalen Reizen, Cystitis und Diabetes in Frage. Verf. führt auf Grund von 50 Krankengeschichten die Enuresis in einer Reihe von Fällen auf Darmerkrankungen zurück. Die Enuresis tritt in einem Lebensalter auf, in dem Darmerkrankungen sehr häufig sind und schwere nervöse Symptome dadurch ausgelöst werden. Überall waren Diätfehler vorausgegangen, meistens Exzesse in Kohlehydraten und Süßigkeiten. Gleichzeitig mit der Inkontinenz zeigten sich regelmäßig nervöse Störungen oder Verdauungsstörungen oder es bestand Unterernährung und Anämie. Nach Diätfehlern trat Verschlimmerung ein. Die Behandlung richtet sich vor allem gegen die Darmkatarrhe. Manchmal hilft Suggestion, oft erweist sich die Applikation des faradischen Stromes von Blase zum Steißbein als nützlich. Herrmann erblickt in der Erkrankung meist eine funktionelle Neurose. Etwa ein Viertel der kranken Kinder leidet an Lymphdrüsenschwellungen, viele sind Kretins. Thyreoideasubstanz hat sich ihm nicht bewährt. *Zweifel* (Jena)

Young, John van Doren: Five cases. 1. Hydronephrosis containing eight quarts of fluid. 2. Depressed fracture of the acetabulum. 3. Unusual sigmoidal loop. 4. Gastroptosis. 5. Double ovarian papilloma. (Fünf Fälle. 1. Hydronephrosis, enthaltend acht Quarts Flüssigkeit. 2. Impressionsfraktur des Acetabulum. 3. Ungewöhnliche Schlinge des Colon sigmoid. 4. Gastroptosis. 5. Doppelseitiges Ovarialpapillom.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 23. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1192—1200. 1913.

Fall 1 operiert per laporotomiam. Fall 2 entstanden durch Überfahren. Fall 3: Die Darmschlinge lag hinter dem Colon transversum und reichte bis zum Nabel hinauf. Fall 4 und 5 alles im Titel enthalten. *Weibel* (Wien).

Gerhardt: Pyelitis. Würzburger Ärzteabend. Sitz. vom 27. Mai 1913. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 29, S. 1629. 1913.

Verf. demonstriert zwei Fälle von Pyelitis, die beide zuerst den Verdacht von Typhus erweckt hatten. In dem einen Fall trat erst am dritten Tage des Spitalaufenthaltes Eiter im Urin auf. Gleichzeitig kam es zu recht erheblichen Nierenschmerzen. *Runge* (Berlin).

Holzbach: Scheinheilung einer Blasencervixfistel. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Sitz. v. 16. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Ergänzungsh., S. 407. 1913.

Im Anschluß an eine Zangenentbindung mit Cervixriß und Blasenverletzung war eine Fistel zurückgeblieben. Der unwillkürliche Urinabgang hörte nach einigen Wochen wieder auf, Pat. verlor aber dann ihr Menstrualblut statt durch die Scheide durch die Blase. Holzbach erhob bei der Kranken ein Jahr nach dem letzten Partus folgenden Befund: In der Scheide fehlen Portio und Muttermund. In der Blasenwand, etwa 3 cm nach vorn und unten vom linken Ureter, zwei sondenknopfgroße Öffnungen, aus denen sich das Menstrualblut in die Blase ergießt. H. nimmt an, daß es sich handelt um eine Scheinheilung einer (wahrscheinlich Blasen-Cervix-) Fistel mit Kommunikation zwischen Blase und Uterus. *Zinsser* (Berlin).

Legueu, Félix: La voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. (Der transperitoneo-vesicale Weg für die Heilung von bestimmten post-operativen vesico-vaginalen Fisteln.) Arch. urol. de la clin. de Necker Bd. **1**, Nr. 1, S. 1—11. 1913.

Vesico-vaginal-Fistel nach Hysterektomia totalis mitten in der hinteren Blasenwand

zwischen den Uteren. Laparatomie. Zwei Pinzetten auf dem vorderen Blasenperitoneum, zwei auf dem hinteren Scheidenperitoneum. Aufheben des Operationsfeldes durch Anziehen der Klemmen. Einschnitt in der Mitte der hinteren Blasenwand von vorn nach hinten; man orientiert sich, und der Schnitt wird bis in die Fistel und die Vagina weitergeführt. So hat man zwei Öffnungen: die Blase und die Vagina. Man schneidet nun quer die Scheidewand zwischen beiden Organen durch und löst sie voneinander auf mindestens 1 cm Breite. Dann wird der vordere Rand der Schleimhaut und der Muskulatur der Blase mit dem hinteren vernäht, ebenso auch die Scheide, das Peritoneum wird vorn in sagittaler Richtung zusammengenäht, so daß die Blasenfistel gänzlich bedeckt ist; auf der Scheide wird es in transversaler Richtung vernäht. Verf. empfiehlt diese Operationsmethode nur für die post-operativen Fisteln, welche besonders hoch liegen und schwer heruntergezogen werden können. *Daels* (Gent).

Kelly, Howard A., and Robert M. Lewis: Silver iodide emulsion — a new medium for skiagraphy of the urinary tract. (Jodsilberemulsion — ein neues Mittel für die Radiographie der Harnwege.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6. S. 707—708. 1913.

Die Verff. erheben gegen die Verwendung des Kollargol folgende Einwände: Das Collargol beschmutzt alles, womit es in Berührung kommt; es ist sehr teuer; es ist ein Mittel von besonderer Zusammensetzung, so daß man in Wirklichkeit nicht weiß, was man injiziert; es sind Schädigungen nach Kollargolinjektionen in die Harnwege berichtet worden. Verff. haben deshalb Versuche mit einer 5 proz. Jodsilberemulsion gemacht, die in der Schattenwirkung einer 10 proz. Kollargollösung entspricht, und empfehlen dieselbe warm als Ersatz des Kollargols; die Jodsilberemulsion sei antiseptisch, reizlos, sauber, nicht teuer und ihre Konzentration könne genau bestimmt und reguliert werden. (2 Abbildungen.) *Colmers* (Coburg).

Reuter, Hans: Über eine neue Lampe zur Diaphanoskopie und Endoskopie. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 28, S. 1548. 1913.

Verf. empfiehlt ein handliches, leicht transportables Instrument (in einem Holzkästchen 17,4 × 7,9 × 4,5 cm groß), das von zwei Trockenbatterien gespeist wird. Zur Erzielung einer möglichst hohen Lichtstärke ist auf der Lampe eine Sammellinse angebracht. Mehrere Ansätze ermöglichen die Anwendung der leicht desinfizierbaren Lampe auch in der Chirurgie und Gynaekologie zur Beleuchtung von Wundhöhlen. (Lieferant Paul Walb, Nürnberg, Bindergasse.) *Ebeler* (Cöln).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Gordon, E. S., The responsibilities of the obstetrician and the ultimate results of faulty technique. (Die Verantwortung des Geburtshelfers und die Folgen einer fehlerhaften Behandlung.) Texas State journal of med. Bd. **8,** Nr. 9, S. 240—242. 1913.

Verf. gibt eine kurze Zusammenfassung der Pflichten des die Geburtshilfe ausübenden Arztes, worin er nicht wesentlich von den allgemein üblichen Ansichten abweicht. Vor allem verlangt er die peinlichste Asepsis, legt großes Gewicht auf eine sehr häufige Urinuntersuchung in der Schwangerschaft, auf eine ausführliche Anamnese früherer Geburten und auf eine frühzeitige genaue Beckenmessung, um ev. rechtzeitig die Frühgeburt einleiten zu können. Als Ort für die Entbindung ist ein gut geleitetes Spital immer vorzuziehen. Damm- und Cervixrisse sollen sofort genäht werden; Vaginalspülungen sind ohne Indikation nicht empfehlenswert; Bettruhe ist indiziert, bis der Fundus uteri das Niveau der Symphyse erreicht hat. Hat eine Infektion stattgefunden, so steht die Patientin in Gefahr aller möglichen Schädigungen an Damm, Vagina, Uterus, Adnexe und Peritoneum, durch welche ein lebenslängliches Siechtum hervorgerufen werden kann. *Hall* (Graz).

Saniter, Robert: Geburtshilfliches Besteck. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 26, S. 1437. 1913.

Das durch einige Abbildungen erläuterte Besteck besteht aus einem Sterilisator (2 gleichgroße Kasten mit Deckel und Siebeinsatz), in dessen Hohlraum in einem Leineneinsatz die „Apotheke" (Flaschen, Narkosenbesteck, Irrigator mit Tamponadenbüchse, Gummisachen, Nahtmaterial usw.) Platz findet, und einer Segeltuchrolle mit den Instrumenten. Das Ganze ist

in einer dazu passenden, einer modernen Reisetasche ähnlichen Ledertasche untergebracht, in welcher noch Platz für Schürze, Operationsmantel u. a. ist. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Schwangerschaft:

Sippel, Albert: Die Massage des schwangeren Uterus. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 28, S. 1029—1030. 1913.

Bei einer II-gravida hatte ein Kurpfuscher durch bimanuelle Massage einen Abort herbeigeführt; er hatte die Massage angeblich ausgeführt, um die gestörte Darmtätigkeit anzuregen. Weil aber schon vorher Uterinkoliken mit Blutabgang bestanden hatten, konnte Sippel vor Gericht der Massage allein nicht mit Sicherheit die Schuld an dem Abort zuweisen. Da von der Verteidigung geltend gemacht wurde, daß in dem „Lehrbuch der Massage" von Hoffa zu lesen sei, daß eine vorsichtige Massage einen drohenden Abort aufzuhalten vermöge, schließt S. eine Polemik gegen Hoffa an und entkräftigt die von diesem aufgestellte Behauptung. *Bayer* (Köln).

Abderhalden, Emil: Die Diagnose der Schwangerschaft mittelst des Dialysierverfahrens und der optischen Methode. Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. **13**, S. **467** bis 469. 1913.

„Während der Schwangerschaft werden blutfremde Stoffe von der Placenta aus an das Blut abgegeben. Das Blutplasma der Schwangeren besitzt Fermente, die auf diese Produkte eingestellt sind. Wir erkennen diese Fermente, indem wir auf gekochte Placenta im Dialysierschlauch Serum von Schwangeren einwirken lassen. Es erscheinen in dem Dialysate Abbauprodukte aus Placentaeiweiß. Serum von Nichtschwangeren bewirkt keinen Abbau von Placentagewebe. Bei der optischen Methode wählen wir als Substrat Pepton aus Placentaeiweißstoffen und vermischen eine Lösung davon mit Serum. Die fortlaufende Verfolgung des Drehungsvermögens zeigt uns an, ob ein Abbau eintritt oder nicht." Mit dem Dialysierverfahren haben die meisten Autoren sehr gute Resultate erhalten. Fehldiagnosen liegen zweifellos ausschließlich in der unrichtigen und vor allem fehlerhaften Anwendung der Methodik. Unter den sehr zahlreichen Fehlerquellen sind folgende am häufigsten: 1. Das Blut ist hämolytisch, oder es ist nicht genügend zentrifugiert worden. Es enthält dann Zellen, die beim Dialysierversuch zerfallen. 2. Die zur Dialyse verwandten Schläuche sind ungenügend geprüft. Sie lassen Spuren von Eiweiß durch oder zeigen Differenzen in der Peptondurchlässigkeit. 3. Das Organ ist nicht frei von auskochbaren Substanzen, die mit Ninhydrin reagieren. Infolgedessen kommt es zur Addition, was Verf. an einem Beispiel beweist. Das Organ muß absolut blutfrei und völlig frei von Stoffen sein, die sich auskochen lassen, und mit Ninhydrin reagieren. Schärfste Prüfung ist nötig. Es ist kein Fehler, wenn man statt der 5fachen Menge Wasser zum Kochen nur die 3fache nimmt und zu 5 ccm des Filtrates 2—5 ccm der Ninhydrinlösung, statt wie vorgeschrieben nur 1 ccm. Absolut sauberes, aseptisches und antiseptisches Arbeiten ist Grundbedingung. Nur violette bis blaue Färbung ist entscheidend. Detaillierte Beschreibung der Methodik und Hervorhebung aller Fehlerquellen findet sich in der 2. Auflage der Abwehrfermente. 1913. *Harm.*

Alcober, T.: Die Abderhaldensche Reaktion zur Schwangerschaftsdiagnose. Cron. méd. Valencia Jg. **25**, Nr. 582, S. 140—141. 1913. (Span.)

Besprechung des Wesens und der Technik des Verfahrens, ohne Wiedergabe eigener Erfahrungen mit dieser Methode. *Michael* (Leipzig).

Heilner, Ernst, und Th. Petri: Über künstlich herbeigeführte und natürlich vorkommende Bedingungen zur Erzeugung der Abderhaldenschen Reaktion und ihre Deutung. (*Univ.-Frauenklin., München, u. Krankenh. München-Schwabing.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 28, S. 1530—1532. 1913.

Die Verff. haben in einer Reihe von Versuchen feststellen können, daß sowohl nach künstlicher Erzeugung von Hämatomen beim Tier, als auch beim Menschen nach Entstehen von Hämatomen unter natürlichen Bedingungen Fermente im Blut auftreten, die verschiedenes arteigenes Gewebe abzubauen vermögen. Bei der Prüfung der Seren dieser Fälle mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens und unter

Verwendung verschiedener arteigener Gewebe als Substrat (Leber, Muskel, Placenta) hat das Dialysat stets positive Ninhydrinproben gegeben. Diese Erscheinung rührt daher, daß nach Resorption der Hämatome körpereigenes Eiweiß, das seine chemische Individualität noch bewahrt hat, ins Blut eintritt. Dies gibt Veranlassung zur Bildung von abbauenden Fermenten, die auf arteigenes Eiweiß abgestimmt sind. Dieser Vorgang tritt ein, gleichgültig, durch welche Veranlassung Eiweißkörper ins Blut gelangen. Ebenso kommt die Fermentbildung in der Schwangerschaft zustande. Sie ist also nur als eine physiologische Variation zahlreicher, unter den verschiedensten pathologischen Voraussetzungen (Quetschungen, Hunger, Fieber usw.) möglichen Vorgänge anzusehen, bei denen allen körpereigenes Eiweiß ins Blut gelangt. Es wird deshalb die Abderhaldensche Reaktion bei Schwangerschaft zwar stets positiv ausfallen, darf aber nicht als Beweis für Schwangerschaft angesprochen werden. Da ferner von den Schwangerschaftsfermenten nicht bloß Placenta, sondern auch andere Gewebe abgebaut werden, wie die Verff. mit den Seren dreier Gravider zeigen, so muß auch die Anschauung von der Organspezifität der Schwangerschaftsfermente aufgegeben werden. Die Schnelligkeit der Fermentbildung nach Injektion von arteigenem und artfremdem Eiweißmaterial spricht dafür, daß es sich weniger um eine Neubildung, als um eine Aktivierung einer schon vorhandenen Fermentvorstufe handelt. *Fetzer.*

Abderhalden, Emil: Die Diagnose der Schwangerschaft mittels des Dialysierverfahrens und der optischen Methode. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 24—27. 1913.

Verf. erörtert zunächst die Grundlagen seiner beiden Methoden. Der Organismus hat das Bestreben, die Zusammensetzung des Blutes quantitativ und qualitativ konstant zu erhalten. Von zwei Seiten dringen neue Stoffe ins Blut ein. Die Körperzellen geben ihre Stoffwechselprodukte ans Blut ab, der Darmkanal neu aufgenommene Produkte aller Art. Das erstere geschieht unter normalen Verhältnissen in einer Form, die dem Blut vertraut ist. Bei den aufgenommenen Nahrungsstoffen sorgt der Verdauungskanal durch weitgehende Spaltung und die Leber durch Revision und Abfangen ungenügend abgebauter Stoffe dafür, das nichts Plasmafremdes ans Blut abgegeben wird. Dazu tritt noch die durch die Lymphe gebildete mächtige Schutzwehr. — Führt man künstlich blutfremde Stoffe ein, so werden diese im Plasma durch neu auftretende, auf diese Stoffe eingestellte Fermente nachträglich abgebaut. Dasselbe geschieht, wenn ein in Dysfunktion befindliches Organ ungenügend zerlegte Stoffe ans Blut weitergibt. Die Art der hierauf sich bildenden Fermente, die wiederum durch das von ihnen abgebaute Substrat erkannt werden, gibt einen Einblick in die Funktion bzw. Dysfunktion der einzelnen Organe. In der Schwangerschaft gibt die Placenta plasmafremde Stoffe ans Blut ab. Nur das Schwangerenserum besitzt die darauf eingestellten Fermente und vermag daher gekochte Placenta abzubauen. Die Abbauprodukte erscheinen beim Dialysierverfahren im Dialysat. Bei der optischen Methode wird als Substrat Pepton, das aus Placentaeiweiß hergestellt wird, verwendet. Mit Schwangerenserum zusammengebracht, tritt dann eine fortlaufende Änderung des Drehungsvermögens ein. Das Serum nicht Gravider erweist sich in beiden Methoden als unwirksam. Mit dem Dialysierverfahren haben zahlreiche Untersucher, die aufgezählt werden, sehr gute Resultate erhalten. Nur wenige berichten über Mißerfolge. Diese liegen ohne Zweifel in der fehlerhaften Ausführung der Methode. Die häufigsten Fehler sind: Hämolytisches oder ungenügend zentrifugiertes Serum. Für Eiweiß durchlässige oder für Pepton ungleichmäßig durchlässige Dialysierschläuche. Besonders häufig werden, fehlerhafterweise, Substrate verwendet, die auskochbare mit Ninhydrin reagierende Stoffe noch enthalten. Die letztgenannte Fehlerquelle kann durch Addition zu Fehldiagnosen führen. Das Serum enthält nämlich vielfach, besonders, wenn es von Kranken mit erhöhtem Eiweißzerfall stammt, Stoffe, die mit Ninhydrin reagieren. In der vorschriftsmäßigen Menge Serum wird aber durch diese Stoffe die Reaktionsschwelle noch nicht überschritten. Das tritt aber ein, wenn sich zu der

an sich unterschwelligen Fehlerquelle des Serums noch der Fehler im Substrat addiert. Daher die vielen Fehldiagnosen bei Komplikation der Schwangerschaft mit Fieber, Carcinom, Entzündungen u. a. Das Substrat muß einwandfrei sein, absolut blutlos und frei von Stoffen, die mit Ninhydrin reagieren. Das Organ muß darauf so scharf wie möglich geprüft werden. Hierzu werden genaue Vorschriften gegeben. *Fetzer.*

Decio, Cesare: Untersuchungen über die Anwendung der Abderhaldenschen Reaktion auf dem Gebiete der Geburtshilfe. (*Geburtshilfl.-gynaekol. Klin., Univ. Parma.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 12, S. 436—441. 1913.

Verf. hat 110 Fälle mittels des Dialysierverfahrens untersucht und kam zu dem Resultat, daß das Placentaeiweiß vom Serum normaler Gravider beständig verdaut wird. Bei einigen Fällen von pathologischen Schwangerschaften kann hingegen die Reaktion negativ ausfallen. Vom Serum normaler bzw. von Krankheiten im Bereiche der Genitalorgane befallener Frauen wird die Placenta nie oder fast nie abgebaut. Die Abderhaldensche Serodiagnose der Schwangerschaft kann daher als spezifisch betrachtet werden im Sinne, daß dieselbe bei normalen Schwangeren immer positiv ausfällt und wird dagegen bis auf seltene Ausnahmen bei nicht graviden Frauen vermißt. Das Serum Gravider verdaut jedoch, obwohl nicht beständig, nicht nur Placentaeiweiß, sondern überhaupt fötale Gewebe. Verf. hat auch die Wirkungsweise des Serums Schwangerer auf das Eiweiß anderer Organe, wie Leber, Eierstock, Schilddrüse, Nebennieren untersucht und gefunden, daß die verdauende Wirkung des Serums Schwangerer beständig und in ausgesprochenem Maße auf das Placentaeiweiß, unbeständig und in geringerem Maße auf die Leber Gravider, selten und in noch geringerem Maße auf das Eierstockseiweiß ausgeübt wird. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Polano: Demonstration zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Sitzungsber. d. physikal.-med. Ges., Würzburg Nr. 2, S. 23—24. 1913.

Das Abderhaldensche Dialysierverfahren liefert meistens einwandfreie Resultate, bisweilen aber auch bei Nichtschwangeren positive, bei Schwangeren negative Resultate. Als eine ausgesprochen „placentare" Reaktion kann es nicht bezeichnet werden. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Peters, H.: Nochmals zu „Schottländer, Über die Bestimmung der Schwangerschaft auf Grund histologischer Placentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde". Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 29, S. 1065 bis 1069. 1913.

Verf. ist der Ansicht, daß eine sichere Zeitdiagnose der Gravidität für die einzelnen Monate zu stellen unmöglich ist, weil ziemlich weite physiologische und individuelle Schwankungen bestehen, die einen derartigen Versuch illusorisch machen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß jemand mit sehr reicher Erfahrung die eventuellen Fehlergrenzen bei schwankenden Befunden auf ein Minimum einzuschränken vermag. Es haftet aber doch zu viel Persönliches daran und darin liegt die Schwierigkeit einer Verallgemeinerung der Ausnutzung für praktische, speziell forensische Zwecke. Warum bei den bekannten Schwankungen in der Entwicklung des Embryos, der Weite des Amnions, der reichlicheren und ärmeren Verästelung des Zottenbaumes, der schwankenden Zahl der Haftzotten, der wechselnden Fibrinoidbildung gerade die histologische Beschaffenheit des Chorionepithels, des Trophoblasts, des Syncytiums, des ganzen Zottenstromas das einzig stabile und für die Beurteilung das maßgebendste Moment sein soll, vermag Verf. nicht einzusehen. Über die von Schottländer in Aussicht gestellte, allerdings mit Reserve geäußerte, vom Verf. bezweifelte Ausnutzung für forensische Zwecke veröffentlicht Peters ein Gutachten eines gerichtlichen Mediziners. Hierin wird ausgesprochen, daß in den seltensten Fällen von Placentaruntersuchungen es kaum jemals darauf ankommt, das Alter der Schwangerschaft festzustellen. *Benthin* (Königsberg i. P.).

Niklas, Friedrich: Zur Frage der Placentarhormone und der Verwendung von Placentarsubstanzen als Lactagoga. (*Frauenklin., Univ. München u. Säuglingsh. Mün-*

chen-Neuwittelsbach.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Erg.-H., S. 60 bis 89. 1913.

Mechanische und nervöse Ursachen für die Sekretion der Brustdrüsen verwirft der Verf.; es bleiben also nur chemische Einflüsse (Reizkörper) übrig. Hier scheiden auch die Nährstofftheorien aus, weil diese durch die Schwangerschaft entstandenen Nährstoffe nur kurze Zeit eine Sekretion unterhalten können und dann aufgebraucht sind. Näherliegend ist die Reizstoff- (Hormonen-) Theorie. Diese Hormone können ausgehen 1. von den Keimdrüsen, 2. vom Ei (Foetus + Placenta), 3. von der Brustdrüse selbst. Durch seine Untersuchungen hat Verf. festgestellt, daß als hauptsächlicher Ursprung der Hormone das Eimaterial anzusehen ist. Durch intravenöse Injektion von Placentarextrakt hat er sowohl bei jungfräulichen als Muttertieren eine kurze Zeit anhaltende Milchsekretion mit vorausgehender Milchdrüsenhyperplasie erzielt. Physiologischerweise findet wahrscheinlich durch die Wehentätigkeit eine Überschwemmung des mütterlichen Blutes mit Reizkörpern statt, die nach einer gewissen Inkubationszeit das Einschießen und die lebhafte Tätigkeit der Milchdrüsen hervorrufen. Über die Natur der Reizkörper ist näheres noch nicht bekannt, es sind wahrscheinlich eiweißähnliche Substanzen, deren Bildungsstätte wahrscheinlich die Placenta ist. Diese Ergebnisse haben nun dazu geführt, zu versuchen, ob nicht etwa eine ungenügend sezernierende Brustdrüse durch diese Stoffe zu einer stärkeren Tätigkeit angefacht werden könnte. Es wurden Versuche gemacht durch enterale Darreichung von Placentarsekretin-Tabletten bei Ammen, welche eine Steigerung der Milchproduktion hervorriefen, die keine sehr hohen Werte verursachte. Die subcutane Injektion von Placentarextrakt erwies sich als sehr schmerzhaft und kommt deshalb zunächst nicht in Frage. Über die intravenöse Injektion müssen erst Erfahrungen gesammelt werden.

Herzog (Frankfurt a. M.).

Näcke, P.: Die Zeugung im Rausche. Mitteilg. 3. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. Bd. **17**, H. 4, S. 474—484. 1913.

Verf. weist auf die Schwierigkeit hin, den Tatbestand einer Zeugung im Rausch festzustellen und außerdem andere schädigende Momente auszuschließen. Nach Untersuchungen Schweisshei mers sei im Blut von Betrunkenen eine so minimale Menge Alkohol, 2,266 pro mille, als Höchstwert gefunden worden, daß an einen schädigenden Einfluß auf gesunde und erwachsene Spermien kaum zu denken sei. Dementsprechend kann Verf. nur wenige der in der Literatur mitgeteilten Fälle von Zeugung im Rausch als beweisend anerkennen und erhofft durch die Forschungen des Rockefellers Instituts eine wissenschaftliche Feststellung der Schädigung des Alkoholismus. *Kirchberg.*

Näcke, P.: Die Zeugung im Rausche. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 28, S. 1367—1368. 1913.

Daß im Rausche eine minderwertige Nachkommenschaft gezeugt wird, ist eine weitverbreitete Ansicht, aber es ist sehr schwer, den vollgültigen Beweis für einen Kausalnexus zwischen Rauschzeugung und minderwertiger Nachkommenschaft zu führen. Die erste Schwierigkeit ist die Definition des „Rausches“, der „akuten Alkoholvergiftung“. Die zweite die Feststellung des befruchtenden Beischlafs im Rausche und seines Zusammenhangs mit dem Auftreten minderwertiger Nachkommenschaft. Für eine derartige Nachkommenschaft gibt es eine Menge Ursachen, die erst ausgeschaltet werden müssen, ehe die Schuld dem Alkohol zugeschoben werden kann. Es muß erst durch genaue Untersuchungen festgestellt werden, ob und wieviel Alkohol in die Spermatozoen übergeht. Wenn man das alles berücksichtigt, sind überhaupt nicht mehr als drei bis vier Fälle von echter Rauschzeugung bekannt. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Neugebauer, Fr. v.: Kasuistischer Beitrag zur Frage der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 29, S. 1061—1065. 1913.

Neugebauer unterscheidet zwei Arten von ungewöhnlicher Fruchtbarkeit: wiederholte Mehrlingsschwangerschaften und große Zahl der aufeinanderfolgenden Schwangerschaften. Er erwähnt mehrere Fälle der ersten Art aus der Literatur und

berichtet über eine Frau, die, nachdem sie mehrmals Zwillinge geboren, im 3. Schwangerschaftsmonate Zwillinge abortierte, während ein Drilling ausgetragen wurde. Da, nach dem Ausspruch Kings, jedes Säugetier so viele Junge werfe, als es Euter besitze, müßte eigentlich die Frau stets Zwillinge gebären. Verf. vermutet auch, daß weitaus mehr Zwillingsschwangerschaften vorkommen, als angenommen wird; es sei daher eine ganz genaue Untersuchung der Placenta notwendig, habe doch Landau einen vom Rumpf getrennten Kopf eines Fötus an der Placenta adhärent gefunden. Verf. gibt des weiteren eine Statistik über gleichzeitiges Vorkommen von intrauterinen Zwillingen und extrauterinem Drilling oder umgekehrt, und von isochronen Drillingen in einer Tube. — Zur Kasuistik der zweiten Art bringt Verf. folgende Beobachtung:

Eine Frau hatte 22mal eine intrauterine Schwangerschaft durchgemacht (9 ausgetragene Kinder, 13 Aborte; die Frau war während der 6. Schwangerschaft syphilitisch geworden und abortierte nun zweimal viermal, einmal fünfmal hintereinander); die 23. Schwangerschaft war dann eine extrauterine. Verf. wirft die Frage auf, worin die Ursache für eine nach 22 uterinen Schwangerschaften plötzlich auftretende extrauterine zu suchen sei, ob im Ei selbst oder in der Tube. *Jaeger* (München).

Kollmann, Max: Les idées nouvelles sur le déterminisme du sexe. (Die neuen Gedanken über die Bestimmung des Geschlechtes.) Revue anthropologique **23**, S. 269—274. 1913.

Den Ausgangspunkt für die Erörterungen des Verf. gibt die neue Theorie Robinsons über die Geschlechtsbestimmung ab. Dieser hatte beobachtet, daß Frauen mit unstillbarem Erbrechen während der Schwangerschaft weibliche Kinder zur Welt bringen, und daß man durch Verabreichung von Nebennierenpräparaten das Erbrechen sehr häufig beseitigen könne. Er schloß daraus, daß die Entstehung von weiblichen Wesen auf einer Insuffizienz der Nebennieren beruhen müsse, und wurde in dieser Vermutung durch das Tierexperiment bestärkt, wonach die Zahl männlicher Nachkommen von weiblichen Kaninchen, die vor der Befruchtung mit Nebennieren behandelt worden waren, auf 84,3% sich erhöhte. Da ferner die Behandlung der schwangeren Frauen mit Hyperemesis mittels dieser Präparate keinen Einfluß auf das Geschlecht mehr hatte, andererseits die Kaninchen männliche Junge vorwiegend warfen, wenn sie vor der befruchtenden Begattung die Nebennierenbehandlung erfahren hatten, so lag der weitere Schluß nahe, daß das Geschlecht unmöglich während der embryonalen Entwicklung beeinflußt wird. — Verf. bespricht im Anschluß hieran den augenblicklichen Stand dieser Frage, der darauf hinausgeht, daß das Geschlecht nur im Augenblick der Befruchtung entstehen kann, daß aber unmöglich nur eins der beiden Sexualelemente bestimmend sein könne, sondern daß es von den physiologischen oder pathologischen Bedingungen des Organismus abhänge, welches der beiden bestimmenden Elemente das Übergewicht erhalte, also ausschlaggebend für die Entstehung des Geschlechtes sei. Es sprechen hier mancherlei Momente mit, die wir zurzeit noch nicht alle kennen, z. B. die Reife des Eis, das Alter der Eltern, die Konstitution derselben usw. Auch die Nebenniereninsuffizienz dürfte mitsprechen, ist aber wohl kaum allein dafür verantwortlich zu machen. In praktischer Hinsicht läßt sich vielleicht aus den Beobachtungen Robinsons folgern, daß, wenn eine Frau bei der Befruchtung sich im Zustande der Nebenniereninsuffizienz befindet, sie höchstwahrscheinlich mehr Mädchen zur Welt bringen wird, und daß man, um Knaben zu haben, vor dem befruchtenden Beischlaf eine Frau mit Nebennierenpräparaten behandeln wird; ob man aber immer dabei auf den gewünschten Erfolg rechnen darf, bleibe dahingestellt, denn, wie gesagt, es sprechen sicherlich noch andere Momente mit. *Buschan* (Stettin).

Thornley, J. P.: A practical scientific reason for sexual purity in women. (Ein praktischwissenschaftlicher Grund für sexuelle Reinheit der Frauen.) Med. rev. of rev. Bd. **19**, Nr. 7, S. 423—428. 1913.

Die Beobachtung der Tierzüchter, daß eine Hündin, die von einem Hunde anderer Rasse einmal belegt wurde, auch noch später, wenn sie wieder von einem Tier der

eigenen Rasse gedeckt wurde, Junge zur Welt bringt, die etwas von der fremden Rasse an sich haben, sowie daß eine Pferdestute, die einmal einen Esel heranließ, späterhin, wenn sie wieder von einem Pferdehengst gedeckt wurde, niemals mehr reinrassige Füllen wirft, läßt den Verf. vermuten, daß es ähnlich mit dem Menschen bestellt sein mag, daß nämlich eine Frau, die mit einem Manne Geschlechtsverkehr hatte, für längere Zeit Eigenschaften dieses auf ihre Kinder übertragen kann, wenn sie von einem anderen Manne befruchtet wird. Einige Beobachtungen, in denen eine weiße Frau, die einmal mit einem Neger Verkehr gehabt hatte, niemals mehr Kinder reiner Rasse gebar, bestätigen dem Verf. diese Annahme. Er sucht sich diesen Vorgang in folgender Weise zu erklären. Er behauptet, daß die Befruchtung des Eis sich direkt am Ovarium abspiele, und daß von den zahlreichen Spermatozoen außer dem reifen Ei auch noch andere, noch nicht reife Eier, deren es sehr viele am Ovarium gibt, imprägniert würden. Nur das reife Ei gelange zur Entwicklung, die übrigen aber, in die Spermatozoen eingedrungen waren, behielten diese Imprägnation für die Zukunft bei und übertrügen die dabei erhaltenen Eigenschaften, wenn sie später einmal im reifen Zustande von einem anderen Manne befruchtet würden. Diese Möglichkeit vorausgesetzt, an der Verf. nicht zweifelt, verlangt er sexuelle Reinheit von der Frau vor der Ehe, denn es kann keinem Manne zugemutet werden, daß seine Nachkommenschaft von anderer Seite her bereits früher ungünstig beeinflußt werde. *Buschan* (Stettin).

Frank: Schwangerschaft und Geburt bei doppelter Gebärmutter und Scheide. (Geburtsh.-Gynaekol. Ges. Cöln, Sitz. v. 12. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Eergänzungsh., S. 339—340. 1913.

19jährige Patientin mit Uterus und Vagina duplex. Es ereignete sich der seltene Fall, daß beide Uterushälften gleichzeitig schwanger wurden. In der linken, kleineren Uterushälfte kam es im III. Monat zum Abort, der einen ärztlichen Eingriff erforderte (Austastung, Abrasio). Trotzdem ging die Schwangerschaft im anderen Uterushorn weiter, und es wurde am Ende des IX. Monats ein lebensfrisches Kind von 1900 g Gewicht und 46 cm Länge geboren. *Zinsser.*

Burnett, E. Napier: Bacterial infection of the foetal membranes from a case of hydrorrhoea gravidarum. (Bakterieninfektion der Eihäute bei einem Fall von Hydrorrhoea gravidarum.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 8. Obstetr a. gynaecol. sect. S. 264—272. 1913.

28jährige Erstgebärende, bei der in der Mitte der Schwangerschaft Wasserabgang aus der Vagina beobachtet wurde, worauf nach 16 Tagen die spontane Frühgeburt erfolgte. Genaue Beschreibung der Nachgeburtsteile; mikroskopisch konnte Verf. in den Eihäuten massenhaft Diplokokken nachweisen. Am 4. Tage des Wochenbettes Temperatursteigerung, sonst normaler Verlauf.

Verf. sieht die Ursache des Wasserabganges in einem vorzeitigen Blasensprung; die Keime müssen, da Patientin nicht untersucht wurde, schon vorher von außen in die Scheide gebracht worden sein. Die Frage, ob die eingedrungenen Keime den vorzeitigen Blasensprung verursacht haben, oder ob sie erst später hinaufgewandert sind, läßt Verf. offen. In der an den Vortrag sich anschließenden Diskussion machen Eden, Drummond, Robinson, Routh und Andrews kasuistische Mitteilungen. *Engelhorn* (Erlangen).

Hofmeier: Blasenmole. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Sitz. v. 16. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Ergänzungsh., S. 404. 1913.

Blasenmole in einem dem 5. bis 6. Monat der Schwangerschaft entsprechenden Uterus mit 2 über kindskopfgroßen Ovarialgeschwülsten, die sich als fast vollkommen aus Luteinzellen bestehend erwiesen. Hofmeier erinnert an den früher von Polano mitgeteilten Fall, in dem nach der operativen Entfernung solcher Geschwülste ein vollkommenes Verschwinden des Schwangerschaftsproduktes beobachtet wurde. Er führt weiter Beobachtungen an, in denen aus dem Nachweis derartiger Geschwülste die Diagnose Blasenmole gestellt werden konnte. *Zinsser* (Berlin).

Carlini, Pericle: Prematuranza fetale e mortalità infantile. (Frühgeburt und Kindersterblichkeit.) Ginecol. minore Jg. **6**, Nr. 1, S. 8—12. 1913.

Nichts Neues. *Colombino* (Mailand).

Borisoff, A. L.: Die chirurgische Behandlung der extrauterinen Gravidität. (*Wladimirsches Krankenh.*) Med. Rundschau Jg. 40, H. 11, S. 929—941. 1913.

In der Zeit vom Jahre 1889—1913 wurden im Wladimirschen Krankenhaus 85 Fälle von extrauteriner Gravidität operiert. Das Alter der Patientinnen schwankte zwischen dem 19. und 46. Lebensjahr, wobei die größte Zahl der Operationen (55) in das 25. bis 35. Lebensjahr fällt. Von den 85 Frauen waren nur 7 0 para, 26 I para, 11 II para, und 41 III- und mehr para. 2 Frauen haben bereits eine extrauterine Gravidität überstanden. Bei der einen trat die zweite extrauterine 3 Jahre, bei der anderen 10 Jahre nach der ersten ein, wobei zu bemerken ist, daß die letzte Frau inzwischen 4 normale Geburten durchgemacht hat. Der Zeitraum zwischen der letzten normalen Geburt und der extrauterinen war meist ein ziemlich langer, nur bei 6 Frauen war er weniger als 1 Jahr, bei 7 Frauen 1 Jahr, bei 9 Frauen 2 Jahre, bei 7 Frauen 3—4 Jahre, bei 43 (55%) mehr als 5 Jahre, bei 6 Frauen 9 Jahre, bei 7 Frauen 12 Jahre, bei 3 Frauen 14 Jahre, bei 1 Frau 15 Jahre und bei 1 Frau 19 Jahre. Aus diesen Zahlen ersieht man, daß der extrauterinen eine lange fruchtlose Zeit vorausging. Bei den 0 paren hat es sich meist um ein sehr spätes Eintreten der Gravidität nach Beginn des sexualen Lebens gehandelt. Die jüngste Frau war 26 Jahre alt; die meisten zwischen dem 30. und 38. Lebensjahr. Der ätiologische Zusammenhang zwischen der ursprünglichen Kinderlosigkeit und der später eintretenden extrauterinen konnte in 28% der Fälle in Form von vorhergegangenen Genitalerkrankungen festgestellt werden. Zusammen mit den Operationsbefunden findet man folgendes: Infantile Form der Tube 4 mal; Salpingitis nodosa 2 mal; Ovarialcystom an der graviden 7 mal (3 mal intraligamentär) und an der anderen Seite 4 mal; winkelartige Knickung der Tube 3 mal. In 6 Fällen (7%) war keine Blutung nach außen festzustellen; in 24 Fällen (29%) kam die Blutung im Anschluß an die normale Menses. Meistens wurde ein Sistieren der Menses auf $1^1/_2$—2, selten auf 3—4 Monate beobachtet. Insgesamt ist also in 79 Fällen (93%) eine Atypie der Blutungen festzustellen. Als auf ein konstantes Symptom wird auf die Lage der Gebärmutter hingewiesen; sie war meist nach vorne und oben verdrängt und nach der, der kranken entgegengesetzten Seite, verschoben. Zeitlich verteilen sich die Fälle folgendermaßen: 3. bis 4. Schwangerschaftswoche 3 Fälle, 2. bis 3. Schwangerschaftsmonat 15 Fälle, 3. bis 4. Schwangerschaftsmonat 6 Fälle, ausgetragene Schwangerschaft 3 Fälle. In den meisten Fällen lag zwischen der Operation und dem Beginn der Erkrankung ein Zeitraum von $1^1/_2$—2 Monaten. In 10 Fällen wurde die Patientin sofort nach ihrer Einlieferung operiert, meistens aber erst nach ein paar Tagen, mit Ausnahme eines einzigen Falles, der vaginal operiert wurde, ist bei allen anderen die Laparotomie gemacht worden. In 20 Fällen ist der Querschnitt nach Pfannenstiel gemacht worden; in 40 Fällen wurde freies Blut in der Bauchhöhle gefunden; in 23 Fällen (35%) wurden Verwachsungen des Netzes mit der Geschwulst, Darm und hinterer Douglaswand festgestellt. Die Verwachsungen waren um so stärker, je weiter der Beginn der Krankheit von der Operation zurücklag. Das Ei war immer in der Tuba Falopii entwickelt; in einem Falle handelte es sich um interstitielle Schwangerschaft, in 35 Fällen entwickelte sich die Schwangerschaft in der Ampulle, in allen anderen im Isthmus, wobei in 3 Fällen intraligamentär. In einem Falle handelte es sich um eine zweite Abdominalschwangerschaft. Die rechte Tube war 48, die linke 37 mal an der Erkrankung beteiligt. 13 mal wurde gleichzeitig eine peritubare und 7 mal eine retrouterine Hämatocele gefunden. Die Schwangerschaft war mit Ausnahme eines einzigen Falles bereits unterbrochen, wobei es 37 mal zur Perforation der Tube, 34 mal zum Tubenabort und 9 mal zum Absterben der Frucht ohne Perforation kam. In zwei Fällen kam es zum Durchwachsen der Tubenwand durch Zotten, schließlich in 3 Fällen wurde die Frucht ausgetragen, wobei in einem Fall das Kind lebte. Der postoperative Verlauf war in den meisten Fällen fieberfrei; die Patientinnen wurden frühestens am 9., spätestens am 30. Tage post operationem entlassen. Von den 5 Todesfällen (6%) entfallen 3 auf Peritonitis und 1 auf Enteritis am 23. Tage nach der Operation. 1 mal wurde in extremis eine Sterbende operiert. Der letzte Todesfall war im Jahre 1904, seit 1905 ist unter 58 Fällen kein Todesfall mehr vorgekommen. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Caturani, Michele, La diagnosi della gravidanza extra-uterina. Considerazioni su una statistica personale di circa 70 casi dei quali 54 furono controllati dall'operazione. (Die Diagnose der Extrauteringravidität. Bemerkungen zu einer eigenen Statistik von ca. 70 Fällen; Operationskontrolle bei 54 derselben.) Arch. ital. di ginecol. Jg. 16, Nr. 5, S. 118—128. 1913.

Klinischer Vortrag. Ätiologie, Symptome und Differentialdiagnostik der Extrauteringravidität werden kurz und klar besprochen. Besondere Erwähnung finden noch einige ganz eklatante vom Vortrag. erlebte Fälle. Im wesentlichen nichts Neues. *Colombino* (Mailand).

White, Chas. S.: Ruptured tubal pregnancy. (Geplatzte Extrauteringravidität.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gynecol. soc., meet. 13. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1213—1214. 1913.

White berichtet über einen Fall von geplatzter Extrauteringravidität, der kurz nach der Einlieferung ins Hospital starb. Bei der Sektion fand sich als ungewöhnlicher Befund eine

rupturierte Tube mit unversehrtem Amnionsack, der noch einen Foetus von 1,5 cm Länge enthielt. Frühzeitige Operation hätte hier Rettung gebracht; wieweit der Gebrauch von Chinin vor der Ruptur zur Beschleunigung derselben beigetragen, ist nicht zu entscheiden. In der Diskussion führt Miller den Tod auf den Transport der Pat. zurück, der durch absolute Ruhe vielleicht ausgeblieben wäre. *Penkert* (Halle).

Brikner, Samuel M.: The diagnosis of extra-uterine pregnancy. (Die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft.) Med. rev. Bd. **16,** Nr. 7, S. 351 bis 353. 1913.

Brikner betont die Wichtigkeit unregelmäßiger Blutungen nach vorausgegangener Amenorrhöe, während starke Blutungen mehr dem intrauterinen Abort zukommen. Wichtig seien auch anfallsweise auftretende Schmerzen zumal wehenartigen Charakters. Von den objektiven Zeichen bietet keines absolut Charakteristisches; am meisten Wert hat ein nachweisliches Mißverhältnis zwischen der Größe des Uterus und der Zeit der zu berechnenden Schwangerschaft. *Schrader* (Berlin-Steglitz).

Weymeersch: Mole tubaire. (Tubenmole.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24,** Nr. 2, S. 28—30. 1913.

Demonstration eines Operationspräparates, das infolge Tubenruptur 14 Tage nach der letzten Menstruation gewonnen wurde. Bei der Suche nach der Frucht zeigte sich, daß es sich um eine beginnende Blasenmole handelte, bei der noch eine ganze Menge normalen Zottengewebes vorhanden war. Die Tubenwand selbst war an mehreren Stellen von den Zotten durchbrochen; daher stammt auch die Rupturblutung. Das Corpus luteum war nicht cystisch degeneriert, das ganze Ovarium dagegen kleincystisch entartet. *Frankenstein* (Köln).

Viannay: Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traités par la transfusion directe de sang de femme enceinte. (Ein Fall von unstillbarem Schwangerschaftserbrechen, behandelt mit direkter Transfusion von Blut einer Schwangeren.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21** (H. 6), S. 176—179. 1913.

Angeregt durch die Erfolge der Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen mit normalem Schwangerenserum hat Verf. die direkte Bluttransfusion versucht.

28jährige II-para, 1. Schwangerschaft wegen Hyperemesis unterbrochen, in der 2. wurde die gleichfalls sehr schwere Hyperemesis erfolgreich mit Anodin und Injektionen von künstlichem Serum behandelt. In der 3. Schwangerschaft wieder schwere Hyperemesis, aber ohne Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung. Es wurde jetzt eine direkte Transfusion aus der Arteria radialis einer gesunden, kräftigen I-para in die Vena saphena der Patientin vorgenommen. Technik nach Elsberg, Lokalanästhesie. Man ließ das Blut $^{1}/_{4}$ Stunde überströmen. Der Erfolg war recht mäßig. Nach 5 Tagen hörte das Erbrechen zunächst auf, Pat. nahm auch an Gewicht zu, aber nach der Entlassung trat es bald wieder auf und die Schwangerschaft endete durch spontanen Abort. Das Wohlbefinden und der Verlauf der Schwangerschaft der Blutspenderin wurden nicht beeinträchtigt. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Schlayer: Schwangerschaft und Nierenleiden. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 1, S. 27—34. 1913.

Da sich echte Nephritis von Schwangerschaftsniere nicht immer unterscheiden läßt, macht Schlayer den Vorschlag, nach dem Ausfall der Funktionsprüfung der Niere die Indikation zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu stellen. Zeigen sich infolge der Nierenschädigung allgemeine Erscheinungen am Körper, vor allem Urämie, so ist die Geburt resp. Frühgeburt einzuleiten, ebenso bei Herzhypertensionen und -hypertrophie, doch hier nur in den drei ersten Monaten der Gravidität, in späteren Monaten nur, wenn Komplikationen, wie Augenhintergrundsveränderungen, urämische Erscheinungen usw. auftreten. Bei nephritischem Ödem soll man ebenfalls, nur wenn andere Erscheinungen allgemeiner Natur die Erkrankung komplizieren, oder das Ödem bei entsprechender Diät nicht verschwindet, die Gravidität unterbrechen. Ein weiteres Hilfsmittel zur Beurteilung der Nierenschädigung bietet uns die Urinausscheidung, doch genügt nicht die einfache quantitative Bestimmung, weit wichtiger ist die qualitative. Hierfür schlägt Verf. die sog. „Nierenprobemahlzeit" vor.

Sie besteht morgens und nachmittags aus Kaffee mit Milch, Brot und Zucker, zum zweiten Frühstück aus Milch, mittags aus klarer Suppe, Kartoffelbrei und Beefsteak, danach eine Tasse Kaffee, abends Brei.

Man braucht den Urin nur in zweistündlichen Portionen sammeln zu lassen, seine Menge, spez. Gewicht und Kochsalzkonzentration zu bestimmen. Der Normale zeigt bei dieser Diät sowohl in Menge, Kochsalzkonzentration usw. große Schwankungen, die von der Wasserzufuhr in den einzelnen Mahlzeiten abhängen. Anders der Nierenkranke, bei ihm nimmt man diese Schwankungen nicht wahr, die Befunde sind starr auf fast gleicher Höhe fixiert, weil die Reaktion auf die in der Nahrung zugeführten Diuretica infolge der Nierenschädigung stark verzögert ist. Auch scheinen Schwangerschaftsnephritiden nach der Schwangerschaft, selbst mit Verschwinden des Albumen noch fortzubestehen. Die genaue Verfolgung der Tagesdiurese läßt leicht erkennen, ob die Niere noch unter einem krankhaft veränderten Ausscheidungsverhältnisse steht. Solange die Ausscheidung nicht normal ist, dürfen wir eine Entbundene nicht als geheilt betrachten und müssen sie vor einer erneuten Konzeption warnen. *Wiemer* (Herne).

Cova, Ercole: Studio sperimentale sull'avvelenamento da fosforo in gravidanza e sulle alterazioni prodotte dal fosforo nell'utero e nell'ovaio. (Experimentelle Studien über Phosphorvergiftung in der Schwangerschaft und über die durch Phosphor hervorgerufenen Veränderungen am Uterus und den Ovarien.) Ginecologia Jg. **10**, Nr. 1, S. 1—24. 1913.

Der Verf. hatte in einer Epidemie von Icterus, welche 156 Personen und darunter 23 Schwangere betraf, beobachtet, daß alle Männer und alle nichtgraviden Frauen genasen, daß aber von den 23 Schwangeren 10 an den Erscheinungen der akuten gelben Leberatrophie zugrunde gingen.

Er stellte sich daher die Aufgabe, experimentell zu prüfen, ob die Schwangerschaft die Resistenzfähigkeit des Organismus und speziell der Leber auch gegen Phosphor herabsetze. Zu diesem Zwecke vergiftete er sowohl trächtige und nicht trächtige Kaninchen als auch einige männliche mit subcutaner Injektion von Phosphoröl $^1/_{1000}$. Ist die Resistenzfähigkeit der Leber durch die infolge der Schwangerschaft gesteigerten Anforderungen an dieselbe gegen Phosphor herabgesetzt, so mußten die graviden Tiere früher zugrunde gehen als die anderen Kontrolltiere. Er erhielt aber keine positiven Resultate weder in dieser Hinsicht noch in bezug auf den Abort nach Phosphorvergiftung. Die Veränderungen am Uterus waren alle unbedeutend; am Ovarium betrafen sie hauptsächlich die Follikel und die interstitielle Drüse, nämlich trübe Schwellung bis zur Nekrose. *Klein* (Straßburg i. E.).

Balaban, I. A.: Zur Syphilistherapie bei Schwangeren. Arbeit a. d. geburt.-gynaek. Klin., Prof. Redlich, St. Petersburg, Bd. 1, S. 55—61. 1913. (Russ.)

Nach neueren Untersuchungen ist die Mutter einer luetischen Frucht selbst krank oder krank gewesen. Die Therapie in der Schwangerschaft gibt gute Resultate.

In einem Fall von habituellem Abort und einem von mehrmaligen Geburten macerierter Früchte (bei beiden Frauen keine Zeichen von Lues und Wassermann negativ) behandelte Verf. die Frauen während der letzten Schwangerschaft mit Hg und Jodkali. In beiden Fällen Geburt von gesunden Kindern. In einem 3. Fall Salvarsantherapie: 25jährige IXpara. Die letzten 6 Geburten mit macerierten Früchten im VII. bis VIII. Monat. Graviditas incipiens. Lues II. Wassermann positiv. Subcutane Injektion von 0,45 Salvarsan, Nach 2 Monaten nochmalige subcutane Injektion von 0,5 Salvarsan. Am Ende der Gravidität Wassermann negativ. Geburt eines vollständig gesunden Kindes. Wassermann später beim Kind negativ. *Braude.*

Kalledey, Lajos: Schwangerschaft nach Akromegalie. (*I. Frauenklin., Univ. Budapest.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 28, S. 1030—1033. 1913.

Beschreibung eines Falles von Akromegalie, welcher im 22. Lebensjahre begonnen hatte und mit Amenorrhöe vergesellschaftet war. Kalledey nahm eine verminderte Ovarial- und gesteigerte Hypophysenfunktion an und machte zunächst 16 Injektionen eines eiweißfreien, wässerigen Extraktes von Kuhovarium; weiterhin bekam Patientin Ovarialtabletten intern. Nach ca. 4wöchentlicher Behandlung trat die erste Menstruation wieder ein, die Akromegalie begann zu schwinden; nach weiteren 2 Monaten trat Gravidität ein. Die Akromegalie war beim Eintritte der Gravidität fast ganz zurückgegangen. *Frankenstein* (Köln).

Good, Wm. Harmar: Some obstetric observations pertaining to internal secretion. (Geburtshilfliche Beobachtungen zur inneren Sekretion.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1100—1106. 1913.

Eine junge gesunde Primipara und eine ältere gesunde Pluripara starben wenige Stunden nach glattem Geburtsverlaufe an einer fortschreitenden Herzlähmung. Verf.

führt diese Erscheinung auf eine Störung der inneren Sekretion, das mangelhafte oder übermäßige Auftreten eines Hormons zurück und macht für seine Anschauung geltend, daß die Uteri sehr gut kontrahiert waren, größere Blutverluste fehlten und zahlreiche Drüsen ohne Ausführungsgang in der Schwangerschaft eine ungewöhnliche Tätigkeit entfalten, die schließlich auch eine Erschöpfung der Drüsen zur Folge haben könne. — Zwei Fälle von Morbus Basedow, die im frühen Puerperium ein starkes Zurückgehen der Thyreoidea und des Herzschlages zeigten, legten dem Verf. den Gedanken nahe, daß die Abnahme der Funktion der Thyreoidea die Sekretion der Nebenniere beeinträchtigte und dadurch zur kardiovasculären Alteration führte. *Stolz* (Graz).

Recaséns, Sebastián: Moderne Auffassung der Schwangerschafts-Intoxikation. Rev. valenc. de cienc. méd. Jg. **15**, Nr. 293, S. 157—173. 1913.

Bei physiologischer Gravidität besteht keine Störung, solange die Produkte des Eies und des mütterlichen Organismus einander das Gleichgewicht halten. Eine Störung desselben bedingt jene Störungen bei Graviden, welche in der ersten Zeit der Schwangerschaft wegen der Häufigkeit ihres Auftretens geradezu als wahrscheinliche Zeichen angesehen werden. Diese funktionellen Störungen im Beginne der Gravidität sind grundverschieden von den pathologischen Prozessen in den letzten Monaten; erstere sind Immunitätserscheinungen, letztere dagegen wahre Toxämien. Die Immunitätserscheinungen entstehen durch Eindringen von Eiweißstoffen ovularen Ursprungs in den mütterlichen Organismus mit folgender Bildung von Antikörpern; diese aktivieren die Funktion bereits bestehender Organe (Brustdrüse, Schilddrüse, Epithelkörperchen, Nebennieren, Hypophyse usw.), oder es handelt sich um Produkte von vergänglichen Organen (Corpus luteum). Die Immunitätserscheinungen der ersten Monate können in Toxämien übergehen, wenn zur Tätigkeit der vom Ei stammenden Eiweißprodukte noch Zellschädigungen hinzutreten (Hyperemesis, perniziöse Anämie usw.). Die Toxämie in den letzten Monaten der Schwangerschaft entsteht aus einer Verbindung autogener und heterogener Elemente, wobei gleichzeitig die Widerstandskraft stark herabgesetzt ist. Die „heterogenen“ Gifte stammen in erster Linie aus dem Darmkanale; diese Eiweißprodukte dringen in die Blutbahn ein und erzeugen im Lebergewebe und an den Gefäßendothelien Zellschädigungen („Hystolyse“); so entstehen durch den raschen Zellverfall Fermente, welche Koagulation bewirken; die auf diese Weise gebildeten, verstopfenden Koagula bewirken die nekrotischen Vorgänge in der Eklampsieleber. Die „autogenen“ Gifte stammen aus verschiedenen Organen; es handelt sich hier um losgelöste Leberzellen, um Retention von Substanzen, die normalerweise durch die Nieren, Schweißdrüsen usw. ausgeschieden werden, oder um fötale Stoffwechselprodukte. Die Graviditätstoxämie ist nicht die Folge eines spezifischen, toxischen Agens. Die Resultate der prophylaktischen, diätetischen Behandlung stützen die Ansicht von dem intestinalen Ursprunge des Eklampsiegiftes. Die Erfolge der Schwangerenserumtherapie bei Graviditätstoxämie stützen die Ansicht von der Verminderung der Schutzstoffe des Organismus in den letzten Monaten der Schwangerschaft und erklären den schweren Verlauf allgemein toxischer oder septischer Erkrankungen bei Wöchnerinnen. *Schmid* (Prag).

Geburt:

Macht, David I.: The action of so-called emmenagogue oils on the isolated uterus, with a report of a case of pennyroyal poisoning. (Die Wirksamkeit sogenannter wehenerregender Öle auf dem isolierten Uterus, nebst Bericht über einen Fall von Poleimünzenvergiftung.) (*Pharmacol. laborat., Johns Hopkins univ.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **62**, Nr. 2, S. 105 bis 107. 1913.

Verf. hat anläßlich eines bei kriminellem Abort beobachteten, tödlich verlaufenen Falls von Poleimünzenvergiftung, über den er mit kurzer Wiedergabe der wenigen in der Literatur verzeichneten Fälle berichtet, gefunden, daß wohl die unter Umständen

giftige Wirkung auf andere Organe hierbei bekannt ist — fettige Degeneration der parenchymatösen Organe im wesentlichen —, dagegen keine Mitteilungen über eine Wirkung auf den Uterus vorliegen. Er hat die Wirkung folgender Öle auf den isolierten Uterus (die komplizierte Versuchsanordnung wird kurz beschrieben) studiert: Oleum hedeomae, ol. sabinae, ol. tanaceti, ol. rutae, ol. thymi, ol. terebinthinae und apiol. Alle diese Präparate zeigten keine reizende, sondern eine lähmende Wirkung auf den schwangeren und nicht schwangeren Uterus, nur in verschiedenem Grade, auch bei starken Verdünnungen. Er schließt daraus, daß sie zur Wehenanregung unbrauchbar sind, einen Abort höchstens durch Intoxikation wie Phosphor oder Arsen herbeiführen können, doch als Emmenagoga gestrichen werden sollten. *Schmidt* (Greifswald).

Chidichimo, Francesco: Dell'uso degli estratti ipofisari in ostetricia e ricerche sperimentali sull'azione del „Pituglandol" sui muscoli lisci con speciale riguardo all'utero. (Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und Experimentelles über die Wirkung des Pituglandols auf die glatte Muskulatur, insbesondere auf den Uterus.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16,** Nr. 6, S. 137—149. 1913.

Nach einem zusammenfassenden Bericht über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe, bringt Verf. die Resultate seiner experimentellen Forschung. Er hat die Wirkung des Pituglandols (Hoffmann - Laroche) auf die glatte Muskulatur einiger Bauchorgane bei 11 Hündinnen festzustellen versucht. Sein Verfahren war folgendes: Freilegen eines kleinen Abschnittes des Uterus (bzw. des Dünndarmes und der Blase) und unter Vermeidung jeder mechanischen Reizung, bei Körperwärme, Aufschreiben der Kontraktionen dieser Organe mittelst eines zum Zweck konstruierten Apparates. Ein Überblick der in solcher Weise aufgenommenen Kurven, vor und nach Verabreichung von Pituglandol, gestattet folgende Schlüsse: 1. Durch subcutane oder intramuskuläre Applikation von Pituglandol (1,1 ccm = 0,1 g Drüsensubstanz) wird ein Effekt regelmäßig erzielt, welcher auch bei viel kleineren Dosen ($^1/_{20}$ ccm) schon nachzuweisen ist. 2. Dieser Effekt pflegt innerhalb von 4—14 Minuten einzutreten und (bei der gewöhnlichen Dosis von 1,1 ccm) $1^1/_2$—2 Stunden anzuhalten. Er äußert sich mit einer Verstärkung der schon vorhandenen Kontraktionen (bis aufs Dreifache) und mit einer Herabsetzung der Frequenz derselben (bis um die Hälfte). Abgesehen von ihrer vermehrten Größe, bleibt die Form der Kontraktion die gleiche wie bei dem normalen Typus. 3. Tetanische Kontraktionen wurden in keinem Fall beobachtet. 4. Der Effekt des Pituglandols wird durch die Chloroformäthernarkose überhaupt nicht beeinträchtigt. *Colombino* (Mailand).

Grumann: Zur Kasuistik der Pituitrinwirkung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 26, S. 1436—1437. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall, wo bei einer alten Erstgebärenden mit vorzeitigem Blasensprung mehrfache Pituitrininjektionen die Geburt nicht gefördert, vielmehr schließlich infolge des rigiden Muttermundes zu Dauerkontraktionen mit Spasmus des Muttermundes geführt hätten. Entbindung durch den Verf. mittels Forceps, Kind asphyktisch, wiederbelebt, starb am 7. Tage an Sepsis. Das Fieber intra partum ging herunter, doch war auch das Wochenbett fieberhaft, Auseinanderfallen der Episiotomiewunde, Puerperalgeschwür, schließlich Heilung. *Voigt* (Göttingen).

Gaus, Friedrich: Desinfektion in der Geburtshilfe und manuelle Placentarlösung. Bemerkungen zu der Arbeit von C. Sievert in [Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39] Nr. 23. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 28, S. 1363. 1913.

Entgegen den Sievertschen Ausführungen, welcher den Gebrauch der Gummihandschuhe bei kurzdauernden geburtshilflichen Eingriffen für unnötig hält, möchte Verf. gerade für den praktischen Arzt auf dem Lande die prinzipielle Anwendung derselben bei Geburten empfehlen. Ebenso widerspricht Verf. der Sievertschen Annahme, daß die Mortalität der manuellen Placentarlösung in der Allgemeinpraxis immer eine höhere sei als in der Anstaltspraxis, da er z. B. unter 1500 Entbindungen 160 manuelle Placentarlösungen ohne Todesfall ausgeführt habe. *Vaßmer.*

Valloit, S., und H. Vallois: Un cas de grossesse gémellaire monoamnotique avec enroulements multiples des cordons. (Ein Fall von monoamniotischer Zwillingsschwangerschaft mit vielfacher Umschlingung der Nabelschnüre.) Bull. et Mém. Soc. d'anthropol. de Paris **4**, Nr. 2, S. 213—226. 1913.

Zwei Foeten weiblichen Geschlechts, aber verschiedenen Gewichts (270 und 100 g) sowie verschiedener Länge (26 und 17,5 cm Totallänge), die Früchte einer Primipara, saßen in einem gemeinsamen Amnionssack und an einer gemeinsamen Placenta von rundlicher, regelmäßiger Form. Ihre Nabelschnüre, die sich an dieser ihrer Innenfläche mit zahlreichen Gefäßen inserierten, waren von verschiedener Stärke, verliefen zunächst vollständig frei, näherten sich dann aber und bildeten einen stark verschlungenen Knoten, worauf sie sich wieder voneinander loslösten, um in den Nabel ihres Foetus überzugehen.

Im Anschluß an diese äußerst seltene Beobachtung, die durch Abbildungen erläutert wird, besprechen die Verff. die Genese der univitellinen Schwangerschaft, die Gründe für die Abwesenheit einer Scheidewand bei der monoamniotischen Schwangerschaft, bzw. die darüber geäußerten Ansichten (Bar, Eleuterescu, Fernandez, Ahlfeld, Dareste) und versuchen eine Erklärung für das Zustandekommen der Nabelschnurverschlingungen. Sie kommen zu folgenden Schlußergebnissen. 1. Die univitellinen Schwangerschaften haben als sehr wahrscheinliche Ursache die Verdopplung des Embryo von den ersten Stadien der Segmentierung an; vielleicht muß man in einigen Fällen auch eine Befruchtung eines Eis mit zweien Kernen annehmen. 2. Alle diese Schwangerschaften sind im Grunde genommen biamniotisch; das Verschwinden der Scheidewand in einem Zwanzigstel der Fälle — so häufig wird sie beobachtet — ist eine sekundäre Erscheinung. Die primitive Abwesenheit dieser Wand läßt sich nur erfassen, wenn die embryonäre Verdopplung sich spät einstellt. 3. Die Nabelschnurknoten haben als Ursache die passiven und besonders aktiven Bewegungen der Föten. Ihr Vorhandensein zieht häufig Verlängerung der einen oder beider Nabelschnüre, Atrophie oder vorzeitigen Tod des einen oder beider Föten, Hydramnion und Abort nach sich. *Buschan* (Stettin).

Zangemeister, W., Ein Handgriff zur Umwandlung der Gesichtslage. (*Univ.-Frauenklin., Marburg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 23, S. 1241—1243. 1913.

Nach kurzer Besprechung der früher angewendeten Methoden, unter besonderer Berücksichtigung des Thornschen Verfahrens, empfiehlt Zangemeister für gewisse Fälle von Gesichtslage die Ausführung folgender Handgriffe: „Die der Gesichtsseite entsprechende Hand geht neben dem Kinn in die Höhe und hakt mit dem Daumen in den Mund ein. Die Spitzen der ausgestreckten Finger suchen die Brust auf; während nun das Kinn mit dem Daumen in die Höhe geschoben wird, drängen die Fingerspitzen die Brust nach der Rückenseite. Gleichzeitig schiebt die äußere Hand den Steiß nach der Bauchseite des Kindes." — Vorteile dieser Methode gegenüber den früheren: Der Handgriff ist von einer einzigen Person ausführbar; die Hand arbeitet auf derjenigen Seite, auf welcher das untere Uterinsegment am wenigsten gedehnt und auf welcher am meisten Raum vorhanden ist. — Indikationen: 1. Verzögerung des Kopfeintrittes nach gesprungener Blase und erweitertem Muttermund; 2. wenn Gesichts- oder Stirneinstellungen bestehen, die eine Geburtsverzögerung wahrscheinlich machen; 3. wenn bei Gesichts- oder Stirneinstellung Ereignisse eintreten, welche eine baldige Geburtsbeendigung wünschenswert erscheinen lassen, die Wendung jedoch nicht mehr möglich ist und der spontane Verlauf in Gesichtslage voraussichtlich zu lange dauern wird. — Vorbedingungen: Die Blase muß gesprungen sein bzw. bei der Umwandlung gesprengt werden; der Kopf muß mit seinem größten Umfange noch über dem Beckeneingange stehen und eine gewisse Beweglichkeit haben; der Muttermund muß wenigstens handtellergroß, das Kind muß lebend, lebensfähig und lebensfrisch sein; die Spontangeburt in Schädellage muß nicht nur mechanisch möglich, sondern auch in absehbarer Zeit zu erwarten sein. — Kontraindikationen: Drohende Uterusruptur; alle Zustände, welche eine sofortige Geburtsbeendigung im Interesse von Mutter und Kind erheischen; Placenta praevia oder tiefer Sitz der Placenta; enges Becken mit Conj. vera unter 7,5 cm; abnorme Größe oder Gestalt des kindlichen Kopfes. *Schmid.*

Kirchbach: Uterus bicornis unicollis mit gleichzeitiger Gravidität in jedem der beiden Hörner und verschiedenzeitiger Ausstoßung lebender und lebensfähiger Früchte. Dtch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 26, S. 1253—1254. 1913.

Mitteilung des Untersuchungsbefundes in der Schwangerschaft und während des Geburtsverlaufs. Annähernd am normalen Termin Spontanausstoßung der Frucht aus dem rechten Uterushorn, 8 Tage später künstliche Entwicklung der Frucht des linken Horns durch Blasensprengung, Wendung aus Kopflage und Extraktion. Länge des ersten Kindes 48 cm, des zweiten 45 cm. Auf Grund des erheblichen Größenunterschiedes einerseits sowie des Umstandes andererseits, daß das rechte früher geborene Kind annähernd reif, das linke, obwohl später geboren, noch deutlich unreif zur Welt kam, wird eine verschiedenzeitige Schwängerung beider Hörner angenommen. Nach der Befruchtung des rechten Horns noch zweimalige Menstruation, wahrscheinlichaus dem erst später befruchteten linken Horn. Komplikation des Wochenbettes durch eine akut fortschreitende Lungentuberkulose und durch Retention einer Placenta succenturiata, die manuell entfernt wurde. Günstiger Ausgang. *Eisenbach.*

Hanson, D. S.: Fetal abnormality complicating delivery. (Geburtskomplikation durch fötale Mißbildung.) Cleveland med. journal Bd. **12,** Nr. 5, S. 323—324. 1913.

32jährige II-para, welche einmal vor 3 Jahren ein gesundes Kind geboren hatte. Beide Eltern gesund. Die Geburt wollte absolut nicht fortschreiten, die Vagina war mit kindlichen Eingeweiden ausgefüllt, ohne daß man eine genaue Diagnose stellen konnte. In Narkose gelang es, die Wendung auf die Füße zu machen, und einen Fuß bis zum Knie herabzuholen. Weiter wollte das Kind aber nicht folgen, und erst ganz enorme Kraftanstrengungen vollendeten die Entbindung. Nach der Geburt sah man den Grund des Geburtshindernisses: Der rechte Arm ging im rechten Winkel von dem Hüftknochen aus, ohne durch einen Schulterknochen damit verbunden zu sein, der rechte Oberschenkel war nach außen gedreht, so daß die Beugeseite nach der linken Seite gewendet war, der linke Arm und die Bauchwand fehlten, die Nabelschnur fehlte ganz, und die Placenta war in direkter Verbindung mit der Leber und den anderen umgebenden Organen. Verf. führt diese Mißbildungen auf amniotische Abschnürungen zurück. *Siefart.*

Lobo, V.: Fuß- und Nabelschnurvorfall bei Schädellage. Siglo méd. Jg. **60,** Nr. 3096, S. 229—230. 1913 (span.).

26jährige Pluripara mit 12 vorangegangenen Geburten von ungewöhnlich kurzer Dauer. Fruchtwasserabgang $^1/_2$ Tag vor Wehenbeginn. Hilfegesuch wegen Nichtfortschreiten der Geburt. Befund: Keine fötalen Herztöne, I. Schädellage, Muttermund völlig eröffnet. Vorfall der pulslosen Nabelschnur hinter dem Kopf und eines Fußes; an der untersuchenden Hand Meconium. Da infolge Fruchttodes Operation nicht erforderlich, zweimaliges Hinaufschieben von Nabelschnur und Fuß während der Wehenpausen. Beim Fuß teilweise Erfolg, Nabelschnur fällt jedoch wieder vor. Partus spontan beendet: Haupt, Schultern, Fuß hinter dem Hinterhaupt. Wahrscheinliche Ursache der seltenen Abnormität in diesem Falle: Vorzeitiger Blasensprung. *Michael* (Leipzig).

Jones, Walter Clinton: Inversion of the uterus. With report of a case occurring during the puerperium and caused by a fibroid. (Puerperale Uterusinversion mit Fibrom kompliziert.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 632—650. 1913.

42jährige Patientin. 8 Entbindungen ohne Schwierigkeiten. Letzte Entbindung Juni 1912. Normaler Verlauf bis zum Ende der 2. Woche post partum. Am 14. Tage Schmerzen im Leibe und Dysurie. Man fand einen großen Tumor, der die ganze Scheide ausfüllte. Nicht viel Blutverlust. Am folgenden Tage Entfernung in Narkose durch Resektion so hoch als möglich. Dabei sah man, daß die Bauchhöhle eröffnet war und das Omentum vorfiel. Die resezierte Masse erwies sich als Corpus uteri, welches ein großes Fibrom im Fundus enthielt. Nach 10 Tagen trat Fieber ein, es war in der Mittellinie eine weiche Masse zu fühlen. Man mußte nun annehmen, daß ursprünglich Inversio uteri vorgelegen hatte und daß sich daran eine Infektion angeschlossen hatte. Es wurden nun durch Laparotomie die linke Tube und ein hühnereigroßes Stück des Omentum entfernt, die andere Tube war schon mit dem Tumor entfernt. In der Mitte dieser dem Cervicalstumpf kappenartig aufsitzenden Masse befand sich ein großer Absceß. Dieser wurde drainiert. Es trat Heilung ein. — Der Tumor war durch einen breiten Stiel mit dem Fundus uteri verbunden, er hat 10 cm Durchmesser. Die Länge betrug 20 cm, das Gewicht $1^1/_2$ Pfd. Der Tumor ist durch ein starres Bindegewebe in verschiedene Teile geteilt. Die Schleimhaut verdickt und gefaltet. Die anscheinend

normale Tube zeigte eine stark vergrößerte Morgagnische Hydatide. Der Tumor ist dunkler gefärbt als der Uterus und von weicherer Konsistenz. Im Innern des Tumors ist eine Höhle, welche 5—6 g Flüssigkeit enthält. Mikroskopisch ist der Tumor ein typisches Fibromyom, welches durch Inversion während der Geburt in die Scheide gelangt ist. Vorher hatte der Tumor niemals Erscheinungen gemacht, und erst, als der Tumor durch die Wehen in die Scheide gelangt war, wurde ärztliche Hilfe nötig. Unter mehreren hundert Fällen fand Verf. nur zwei, in denen die Geburt des Tumors im Anschluß an die Geburt der Frucht stattfand. Als Ursachen der Inversion gibt Verf. primäre und sekundäre an. Primär gibt es eine Erschlaffung des Uterus, welche eine solche Inversion durch die Wehentätigkeit allein schon bewirken kann, und es ist klar, daß der Verlust der Elastizität infolge der myomatösen Neubildung hervorragend dazu beiträgt. Sekundär kommen alle die Dinge in Betracht, die einen Druck oder Zug auf den Fundus ausüben, wie Expression der Placenta, Zug an einzelnen Teilen der Frucht, Verlängerung der Wehentätigkeit, Hydramnion, angeborene Weite des Geburtskanals, Multiparität. Die Tumoren sind gewöhnlich submucöse Fibroide. Von 641 Fällen, welche Thorn zusammengestellt hat, waren 521 auf Entbindungen zurückzuführen. Die Hauptursache ist die gänzliche Erschlaffung des Uterus, das Ziehen an der Nabelschnur und die schlecht angewandte Crédésche Methode. Verf. verbreitet sich schließlich über die Therapie und die Prophylaxe. Sicher ist, daß die Inversion am besten durch möglichst exspektative Behandlung verhütet wird. Man beschränke sich daher mit den Eingriffen auf die Fälle, wo ein aktives Vorgehen dringend nötig ist, wie z. B. wenn die Nabelschnur zu kurz oder so oft um den Kindskörper geschlungen ist, daß eine gefahrbringende Traktion sowieso ausgeübt wird. Die Therapie teilt Verf. ein in nichtoperative und operative Methoden. Zu den ersteren rechnet er die spontane, die manuelle Reposition und die mechanischen Mittel, wie sie Aveling, Lawson Tait, White, Byone Wing angegeben haben. Daß die spontane Reposition möglich ist, beweisen die Berichte von Thorn, welcher 13 solcher Fälle namhaft macht. Auch noch lange nach der Entbindung kann die Inversion stattfinden. Boxall berichtet sogar von einer solchen, die erst 3 Wochen nach der Entbindung eintrat. Die am häufigsten angewandte und beste Methode ist die einfache manuelle Reposition, welche stets vor allen andern zu versuchen ist. Die Hysterektomie muß angewendet werden, wenn Infektion vorliegt, bei Gangrän (3 Fälle in der Literatur bekannt), wenn Tumoren vorhanden sind, wie in oben beschriebenem Falle, bei chronischen Inversionen jenseits der Menopause, sowie bei großen Totalprolapsen ohne Inversion, wenn die Reposition mißlingt. Die Mortalität ist in akuten Fällen 35%, in chronischen 6%. — Zum Schluß folgt ein kurzes Resümee und eine außerordentlich erschöpfende Zusammenstellung der gesamten Weltliteratur. *Siefart.*

Nebel: Puerperale Uterusinversion. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitz. v. 16. II. 1913.) Diskussion.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Ergänzungsh., S. 394—395. 1913.

Totale Inversion des Uterus mit festsitzender Placenta ereignete sich innerhalb weniger Sekunden infolge forcierten Zuges an der Nabelschnur. Ablösung der Placenta, sofortige Reposition. Keine stärkere Blutung, kein Shock. Heilung. *Zinsser* (Berlin).

Scheffen: Puerperale Uterusinversion. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitz. v. 16. II. 1913. Diskussion.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Ergänzungsh., S. 393—394. 1913.

42jährige X-para. Bei der ersten Entbindung vor 23 Jahren war es infolge Zugs an der Nabelschnur durch die Hebamme zu einer Inversion des Uterus gekommen. Damals Reposition. Dieses Mal wurde S. gerufen, weil es nach der Geburt der Placenta zu einer starken atonischen Blutung gekommen war. S. fand keine Blutung mehr, dagegen am Fundus eine Querfurche, die er als beginnende Inversion deutete. Er gab Sekale und verbot Pressen und Aufsitzen. Am folgenden Tag kam es, als Patientin sich um zu urinieren auf das Nachtgeschirr gesetzt hatte, doch noch zur Inversion. Da Reposition mißlang, Exstirpation des Uterus, Heilung. *Zinsser.*

Jasonni, V.: La siero-reazione di Rivalta in rapporto all'eclampsia. (Die Seroreaktion nach Rivalta in ihrer Beziehung zur Eklampsie.) (Soc.

Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18,** Nr. 7, S. 112. 1913.

Einige Untersuchungen ergaben: 1. Der prognostische Wert der Reaktion erwies sich als zweifelhaft. 2. Der Ausfall der Reaktion stand in direkter Beziehung zu der Ödembildung und zu der Urinsekretion. 3. Der Autor stellt endlich die Hypothese auf, daß bei der Eklampsie die durch die verdünnte Essigsäure ausgefällten Substanzen nicht Globulin darstellen, sondern Produkte geschädigter Zellen (schwere Läsionen vor allem der Nieren und der Leber!). Ausführliche Publikation soll noch erfolgen.

Engelmann.

Ballantyne, J. W.: The prevention of eclampsia. (Die Verhütung der Eklampsie.) Internat. clin. Bd. **2,** Ser. 23, S. 233—244. 1913.

Nach einem kurzen Hinweis darauf, daß nur von einer Vertiefung unserer Kenntnisse über die normale Physiologie und Biochemie der Schwangerschaft eine Förderung unserer Kenntnisse über die Pathologie derselben, speziell der Eklampsie erhofft werden kann, weist Verf. darauf hin, daß die wahre Prophylaxe der Eklampsie bereits mit der Behandlung des präeklamptischen Zustandes einsetzen muß, deren Symptome, Verminderung der Urinmenge und ihres Harnstoffgehaltes, Erhöhung des Blutdruckes, Ödeme der Hände und des Gesichtes, Kopfweh, Sehstörungen, Albumen, daher eine ernstere Beachtung von seiten der Praktiker erfahren müssen, als es wohl geschieht. In diesem Stadium empfiehlt Verf. neben sorgfältiger Stuhlregulierung und Anregung der Hauttätigkeit eine absolute Milchdiät ev. sogar nur Milchwasser: 50 ccm Milch auf 1 l Wasser, bis der Albumengehalt auf Spuren zurückgegangen und der Blutdruck gesunken ist. Sollte der Erfolg ausbleiben, so sollen alle die Maßnahmen in Anwendung kommen, die auch bei ausgebrochener Eklampsie Verf. sehr gute Resultate gegeben haben, wie Aderlaß, Kochsalz oder Calciumchloridtransfusion, Natronspülungen der Magens mit nachfolgender Eingießung von Magnesiumsulphatlösung, reichliche Ricinusöl- und Seifenwasserklystiere und heiße Packungen. Chloroform (mit Ausnahme bei Acetonurie) gibt Verf. nur, um diese Maßnahmen ausführen zu können. Morphium und Chloral nach Stroganoffs Methode sollen für die Behandlung im Privathause reservirt bleiben. Verf. sah mit seiner Präventivbehandlung in vielen Fällen die drohenden Eklampsiesymptome vollständig zurückgehen und hat mit den übrigen Maßnahmen unter 31 Fällen ausgebrochener Eklampsie eine mütterliche Mortalität von 9,6%. Wenn Verf. die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei seiner Behandlungsmethode für selten notwendig hält, so glaubt er doch, daß sie bisweilen nicht zu umgehen ist.

Vaßmer (Hannover).

Landsberg, Erich, Untersuchungen von Harn und Blut bei Eklamptischen bezüglich der Verteilung der Stickstoffsubstanzen und des Gehaltes an Fibrinogen und Reststickstoff. Ein Beitrag zur Frage der Bedeutung der Leberfunktion und Fibrinogenmenge für die Schwangerschaftsstörungen. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 1, S. 234—265. 1913.

Bei den meisten Eklamptischen findet sich im Harn eine im einzelnen ungleiche Vermehrung des prozentualen Gehaltes an Ammoniak und Aminosäurenstickstoff, während der Harnstickstoff herabgesetzt ist. Die Acidität ist in wechselndem Maße erhöht. Die Abweichungen in dem prozentualen Stickstoffgehalt gegenüber der Norm lassen sich nicht im Sinne einer besonders hervortretenden Leberschädigung verwerten; sie entbehren überhaupt jeder spezifischen Beziehung zur Entstehung der Eklampsie und stellen nur symptomatisch bedingte Erscheinungen dar. Die Ammoniakvermehrung ist nur die Folge einer gesteigerten Säurebildung im Organismus. Das zwar nicht immer, aber doch meist zu findende Anwachsen der Aminosäuren möchte Verf. in Analogie mit sonstigen Befunden auf Sauerstoffmangel und gesteigerten Eiweißzerfall zurückführen. Der Harnstoff ist schon deshalb vermindert, weil das Ammoniak vermehrt ist. Dazu kommt, daß Harnstoff von der geschädigten Niere besonders schwer ausgeschieden wird. Die bei Eklamptischen häufig zu beobachtende

Vermehrung des Reststickstoffs ist nur eine Folge der meist vorhandenen Niereninsuffizienz. Der Fibrinogengehalt ist gewöhnlich höher als bei gesunden Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen. Da jedoch eine Steigerung des Fibrinogens auch unter ganz normalen Verhältnissen vorkommt, hat diese Erscheinung nur die Bedeutung eines häufigen Begleitsymptoms, dem keine schädigenden Einflüsse innewohnen. *Holste* (Stettin).

Vogt, E.: Die geburtshilfliche Bedeutung des Status hypoplasticus. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 28, S. 1361—1363. 1913.

Verf. teilt 3 Fälle mit einem Status thymicolymphaticus mit, die im Anschluß an die Geburt letal endeten. In allen Fällen mußte die Todesursache in der Hypoplasie des Herzens und der Gefäße und in dem Blutverlust gesucht werden. Man muß annehmen, daß Frauen mit Hypoplasie des Herzens und des Gefäßsystems eine weit geringere Blutmenge besitzen, als gesunde Frauen, und annehmen, daß demnach mäßige Blutverluste als schwere Schädigungen aufzufassen sind, an denen die Frauen zugrunde gehen können. Auf Grund dieser und der in der Literatur sonst beschriebenen Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Bei hypoplastischen Individuen erfordert die Leitung der Geburt vor allem in der Nachgeburtsperiode besondere Aufmerksamkeit. Auch geringe Blutverluste sind zu beachten, weil bei Oligaemia vera schon relativ kleine Blutverluste das Leben gefährden können. Operative Eingriffe dürfen nur aus strengster Indikation ausgeführt werden, weil derartige Individuen die Narkose ganz allgegemein schlecht vertragen und weil sie zu parenchymatösen unstillbaren Blutungen neigen. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Müller, Joseph: Sectio caesarea. (Verein der Ärzte Wiesbadens, Sitz. v. 21. V. 1913.) Berliner klin. Wochenschr. Bd. **50,** H. 29, S. 1375. 1913.

Es war bei der Pat. vorher eine intraperitoneale Verkürzung der Ligam. rotunda ausgeführt worden und infolgedessen die puerperale Ausdehnung des Uterus hauptsächlich auf Kosten der hinteren Wand erfolgt. Kaiserschnitt ohne Schwierigkeiten mit folgender Technik: Suprasymphysärer Fascienquerschnitt, Längsincision in den Uterus dicht über dem Blasenansatz. Entwicklung des Kindes mit Forceps. *Zinsser* (Berlin).

Adad: Contribution à l'étude de l'embryotomie. (Beitrag zum Studium der Embryotomie.) Médecin pratic. Jg. **9,** Nr. 26, S. 405. 1913.

Die Embryotomie nach Bar erleichtert bei totem oder sterbendem Kind die Entwicklung des Kindes. Eine Schere genügt für die Operation, durch die der kindliche Körper am Hals vom Kopf getrennt wird, derart, daß die Arme noch am Kopf hängen bleiben. Diese Operation ist indiziert: Wenn der Kopf zwischen beiden Armen hochgehalten wird oder wenn nach Armlösung der Kopf nicht herabtritt. Dann kann man durch mäßigen Zug an den Armen den Kopf fixieren und kann leichter an den Kopf zur Perforation herankommen. *Zweifel* (Jena).

Wochenbett:

Traugott, Marcel: Die konservative Behandlung des Streptokokkenaborts und ihre Resultate. (*Städt. Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 27, S. 1067—1071. 1913.

Da die beiden Formen der Erkrankung des Uterus bei Abort — die bakteriotoxische und die infektiöse Endometritis — nicht durch klinische Symptome unterschieden werden können und bei der infektiösen Endometritis die Ausräumung überflüssig und gefährlich ist, muß eine bakteriologische Untersuchung vorgenommen werden. Bei Vorhandensein von Streptokokken, verflüssigenden Staphylokokken und Gonokokken konservatives Verfahren, sonst schonende Ausräumung.

Nach diesen Grundsätzen wurden 246 Aborte mit saprophytären Keimen ausgeräumt, die alle glatt heilten. Von 237 Streptokokkenaborten wurden 99 aktiv behandelt mit 18,1% Mortalität, 138 konservativ mit nur 2,2% Mortalität. Bei fieberfreien Streptokokkenaborten beträgt bei Ausräumung die Morbidität 45%, die Mortalität 7,5%, bei konservativer Behandlung 19,4 resp. 0%. In 40 Fällen wurde, nachdem die Streptokokken aus dem Uterus verschwunden waren, nachträglich ausgeräumt.

Für die Behandlung wird die Scheidentamponade sehr empfohlen. Gegenindikation gegen längeres Abwarten ist Zunehmen der klinischen Erscheinungen der Infektion und protrahierte starke Blutung. Da aus den angegebenen Resultaten die Überlegenheit des abwartenden Verfahrens hervorgeht, muß die bakteriologische Untersuchung eingeführt und danach die Indikationsstellung getroffen werden. *Bondy.*

Hüssy, Paul: Über die Passage von Streptokokken durch das Blutserum fiebernder Wöchnerinnen. (*Frauenspit. Basel-Stadt.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 14, S. 508—512. 1913.

Frühere Versuche, die spezifische Virulenz der Keime dadurch zu bestimmen, daß der Einfluß von (Diphtherie-) Serum auf die Kultur geprüft wurde, werden verteidigt. Als Ergänzung dient der neue Versuch, der gewissermaßen eine Prüfung der Widerstandskraft des Organismus gegen Bakterien ermöglicht. Auf genau bekannte Streptokokkenstämme läßt man Serum von fiebernden Wöchnerinnen einwirken. In einigen von den 7 untersuchten Fällen fand sich Wachstumshemmung (geringere Trübung, undeutliche oder fehlende Hämolyse, Neigung zur Diplokokkenform statt der Kettenform). Nur in einem besonders schweren Fall war kein Einfluß zu bemerken. Solange ein Einfluß zu konstatieren ist, kann man an genügende Widerstandkraft des Organismus denken und kann, besonders wenn auch die spezifische Virulenz der Keime bekannt ist, eine gewisse Prognose stellen. *Kermauner* (Wien).

Hicks, H. T., Localizing peritonitis of puerperal origin. (Lokale puerperale Peritonitis.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23**, Nr. 5, S. 300—303. 1913.

Die puerperalen Infektionen, welche zu lokalen Absceßbildungen im Peritoneum oder in den Adnexen führen, sind im Gegensatz zu ähnlichen Zuständen gonorrhoischen Ursprungs höchst gefährlich für einen chirurgischen Eingriff, weil sich leicht eine allgemeine Sepsis daran anschließt. Die beste Prognose geben die tief gelegenen, vom hinteren Scheidengewölbe aus erreichbaren Abscesse und im allgemeinen soll man in diesen Fällen sofort aktiv vorgehen. Handelt es sich um einen Ovarialabsceß oder um eine Pyosalpinx, welche höher gelegen und infolgedessen schwer erreichbar sind, so riskiert man durch Verschleppung der Infektionskeime in die Lymphbahnen des Ligaments eine allgemeine Sepsis, welche schnell letal enden kann. Hieraus ergibt sich die Lehre, daß man möglichst lange mit dem operativen Eingriff warten soll, da die Erfahrung lehrt, daß die Virulenz der Infektionskeime mit der Zeit abnimmt und auch Gelegenheit gegeben wird zur Bildung eines natürlichen Schutzwalles gegen eine allgemeine Invasion der Bakterien. *Hall* (Graz).

Kupferberg: Fingerlange abgebrochene Hutnadel aus dem unteren Uterinsegment einer fiebernden Kreißenden extrahiert. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitz. v. 16. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Ergänzungsh., S. 402—403. 1913.

Der Fremdkörper war 7 Monate vorher zwecks Aborts von der Pat. selbst eingeführt worden und verschwunden. Nach Extraktion der Nadel, die frei intrauterin in der Cervix neben dem Kopf lag, Fieberabfall. Perforation des abgestorbenen Kindes. Heilung nach leicht fieberhaftem Wochenbett. *Zinsser* (Berlin).

Fieux, G., Le traitement des hémorrhagies de la puerpuéralité doit-il être chirurgical ou obstétrical? (Soll die Behandlung der puerperalen Blutungen chirurgisch oder geburtshilflich sein?) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 25, S. 503—505. 1913.

Anführung zweier schwerer Fälle von Placenta praevia. In einem gelang es mit Champetier und Symphyseotomie die Geburt mit gutem Erfolg für Mutter und Kind zu beenden. Im zweiten Fall Champetier, Wendung und Extraction. Kind asphyktisch, nicht wiederbelebt.

Verf. spricht die Ansicht aus, daß in Fällen besonders schwerer Blutung, wenn Hand und Ballon versagen, Hysterotomie notwendig ist. Die puerperalen Blutungen insbesondere bei Placenta praevia sind im Gegensatz zum engen Becken eine vorübergehende Komplikation und indizieren nur ausnahmsweise die Sectio caesarea. Die

Behandlung soll zunächst geburtshilflich sein und die Integrität des Genitales wahren, wenngleich die Erfolge für das Leben des Kindes weniger befriedigen. *Schiffmann.*

Foetus und Neugeborenes:

Nothmann, H., Zur Pflege und Ernährung der Frühgeburten. (*Giselakinderspit., München.*) Reichs.-Med.-Anz. Jg. **38,** Nr. 8, S. 225—232, Nr. 9, S. 263—267, Nr. 10, S. 289—292. 1913.

Als wichtigster Faktor kommt bei der Pflege der Frühgeburten und lebensschwachen Kinder der Schutz vor dem Wärmeverlust in Betracht. Als praktischstes Hilfsmittel nennt Nothmann trotz aller Kouveusen und Brutzimmer die Wärmeflasche. Durch 3—6 gut verkorkte und eingewickelte Flaschen lasse sich leicht eine ständige Temperatur von 37° C in der Umgebung des Kindes erzielen. Die Anzahl der Mahlzeiten soll für gewöhnlich 5—6 nicht überschreiten, doch wird man in einigen Fällen den Kindern öfter selbst bis 24 mal in 24 Stunden Nahrung reichen müssen. Das beste Lactagogum ist fleissiges Anlegen ev. manuelles oder maschinelles Abpumpen. Erwähnt sei noch, daß sich aseptisch gewonnene Frauenmilch durch Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd (Merck) konservieren und Tage und Wochen lang trinkfähig erhalten läßt. Den Schluß der erschöpfenden Arbeit bildet eine kritische Würdigung der Milchpräparate, die als Ersatz der Muttermilch dienen sollen. ***Wiemer.***

Copeland, Edgar P., Artificial feeding in its relation to infant mortality. (Künstliche Ernährung und Kindersterblichkeit.) Virginia med. semimonthly Bd. **17,** Nr. 22, S. 554—559. 1913.

Die beste Ernährung ist die Muttermilch. Nach Boeckh ist in Berlin die Mortalität der künstlich ernährten Kinder 20 mal so hoch als die der mit Muttermilch ernährten. In Paris war die Mortalität 43% gegen 18,2%. Von 3000 Kindern mit Ernährungsstörungen waren nur 3 allein mit Muttermilch ernährt. Fast die gleichen Zahlen wie in Paris fand Griffith für Berlin (43,2% gegen 19,8%). Von allen Kindern, die im 1. Lebensjahr sterben, erliegen nach Holt 28%, nach den Statistiken von Berlin und Hamburg 33% Darmerkrankungen. Für die Schädigungen durch Ernährung mit Kuhmilch sind 3 Faktoren von Bedeutung. Die Unkenntnis der Konsistenz der Milch und des Nahrungsbedürfnisses in den ersten Monaten. Falsche Ernährung des Kindes und schlechte Milch, entweder infolge bakterieller Verunreinigung oder infolge falscher Fütterung der Kühe. *Zweifel* (Jena).

Weidenbaum, G.: Zur Blennorrhöeprophylaxe am Neugeborenen. (*Priv.-Frauenklin. v. Dr. v. Knorre, Riga.*) Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38,** Nr. 11, S. 134—136. 1913.

Verf. hebt die Segnungen des Credéschen Verfahrens zur Verhütung der Blennorrhöe Neugeborener hervor, wodurch diese Erkrankung in den Anstalten so gut wie verschwunden ist. Im Gegensatz hierzu steht die Tatsache, daß die Ophthalmoblennorrhöe nicht abgenommen hat. Eine von Credé - Hörder veranlaßte Umfrage hat ergeben, daß 12,39% der Insassen von 30 großen Blindenanstalten Deutschlands an Blennorrhöe erblindet sind. Ursachen hierfür sind nach Meinung des Verf. zunehmende Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, schnelles Wachstum der Großstädte usw. — Die zur Verwendung kommenden Silberpräparate haben den Fehler geringer Haltbarkeit; die Reizerscheinungen, die das Argent. nitr. hervorruft, sind durch die Zersetzung dieses in Lösung sehr unbeständigen Salzes verursacht. Die Zersetzung kann hintangehalten werden durch Zusatz von Kalisalpeter, wie dies bei der Herstellung des Lapis mitigatus der Fall ist. Nachdem sich Verf. durch Versuche an der eigenen Conjunctiva von der Reizlosigkeit einer 10 proz. Lösung von Kal. nitr. überzeugt hatte, verwandte er von Merck hergestellte Pastillen von 0,1 Argent. nitr. mit einem Gehalt von 0,1 Kal. nitr., die leicht in Wasser löslich sind. Er empfiehlt das Präparat wegen der Bequemlichkeit der Handhabung und der Haltbarkeit. *Jaeger* (München).

Mencière, Louis, Ostéotomie pour correction de l'attitude vicieuse du membre dans la paralysie obstétricale du membre supérieur. Influence de la correction de l'attitude sur la fonction elle-même. (Observations de malades.) (Osteotomie

zur Verbesserung einer fehlerhaften Haltung des Armes auf Grund von Lähmung bei der Geburt. Der Erfolg der Operation in funktioneller Beziehung.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 4, S. 205—212. 1913.

Die Lähmung des Armes beruht auf einer Verletzung des Plexus brachialis. Sie hat oft zur Folge Atrophie der Muskeln und im Bereiche mancher nicht betroffener Muskeln Verkürzungen infolge fehlender Antagonistenwirkung. Man unterscheidet Typus Duchenne-Erb mit Lähmung der Mm. deltoid. brachialis anterior, biceps und supinator longus und eine totale Lähmung, die nur bei kleinen Kindern vorkommt.

Verf. hat 2 Patienten mit Erbscher Lähmung nach seiner Methode operiert. Die erste Patientin, ein 12jähriges Mädchen wurde 1902 operiert. Zuvor war der Arm nach hinten und innen rotiert und die Patientin mußte den Ellbogen bis zur Höhe des Kopfes erheben, um die Hand zum Mund zu führen. Das funktionelle Resultat der Operation war vorzüglich, ebenso auch bei der 2. Patientin, einem 15jährigen Mädchen. Bei dieser mußte nach der Operation noch 3 Monate lang eine Nachbehandlung durchgeführt werden. Zu betonen ist, daß beide Lähmungen angeboren waren und, trotzdem nach 12 und 15 Jahren noch durch Operation ein Erfolg zu erzielen war. *Zweifel* (Jena).

● **Hart, Carl, und Oscar Lessing, Der Skorbut der kleinen Kinder. (Möller-Barlowsche Krankheit.) Monographische Abhandlung an der Hand tierexperimenteller Untersuchungen.** Stuttgart: Enke 1913. 264 S. 24 Taf. M. 16.—.

Es gelang den Verff. durch Fütterung mit kondensierter Milch und spärlichen Beigaben von gekochtem Reis und trocknen Erdnüssen bei Affen experimentell die Möller-Barlowsche Krankheit hervorzurufen. Nach genauer Beobachtung zu Lebzeiten, nach makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung des Materials post mortem mit allen der modernen Wissenschaft zu Gebote stehenden Mitteln gelangen die Verff. zu folgender Definition: „Die Möller-Barlowsche Krankheit ist eine skorbutische Krankheit kleiner Kinder, insbesondere der Säuglinge, charakterisiert durch eine mit Vorliebe das Knochensystem beteiligende, allgemeine hämorrhagische Diathese und eine in Markdegeneration, mangelhafter oder aufgehobener An- und Neubildung von Knochensubstanz bestehende Skeletterkrankung." Sie ist nicht identisch mit Rachitis, kommt aber zuweilen mit ihr gesellschaftet vor. Ihr Beginn fällt am häufigsten in die zweite Hälfte des ersten Jahres bei zu einseitiger Ernährung mit zu lange sterilisierter oder kondensierter Milch oder zu reichlicher Verwendung von fabrikmäßig hergestellten Nährpräparaten. Die Kinder werden blaß und verdrießlich, magern ab, sind ohne Appetit und äußern Schmerz bei Berührung. Nach einiger Zeit kommt es zu Zahnfleischblutungen (durch subperiostale Blutergüsse) und zu schmerzhaften Schwellungen der Extremitäten in der Gegend der Diaphysen an der Grenze der Epiphysen. In extrem schweren Fällen wird das gesamte Skelettsystem befallen, es treten Spontanfrakturen sowie Kontinuitätstrennungen zwischen Epi- und Diaphysen auf, sowie Blutungen in Niere und Intestinaltractus. Die Prognose ist besonders in nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen durchaus günstig; ein Wechsel der Nahrung, Darreichung von ungekochter Milch, von rohen Fruchtsäften und Vegetabilien pflegen zu schneller Heilung zu führen. Die beste Prophylaxe ist die Mutterbrust. *Ehrenberg.*

Finkelstein, H., Zur Einteilung der Ernährungsstörungen des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **7**, H. 1/2, S. 67—86. 1913.

Verf. begründet ausführlich seinen Standpunkt, daß eine Einteilung der Ernährungsstörungen des Säuglings nach ätiologischen Gesichtspunkten nicht zweckmäßig ist, sondern daß auch der Versuch einer klinischen Einteilung gemacht werden muß. Er unterscheidet zwei Hauptgruppen, die Dystrophie und die Toxikosen, wozu teils ätiologische, teils klinische Merkmale gute Handhaben bieten. Die Dystrophien zerfallen in a) rein alimentäre Dystrophie (typische Bilanzstörung); b) rein alimentäre Dystrophie mit spezifischen Läsionen (Barlow, alimentäre Anämie usw.); c) postinfektiöse Dystrophie (postinfektiöse Bilanzstörung); d) Inanitionszustände allgemeiner oder partieller Art. Verwickelter ist die Ordnung der Toxikosen. Es gibt rein alimentäre Toxikosen und solche auf gemischter (alimentärer und infektiöser) Grundlage: Infektion mit Toxikose, Infektion bei Toxikose oder Toxikose mit Infektion. *Herzog.*

Rowell, Hubert N.: Infantile melaena. (Melaena neonatorum.) Pacific med. journal Bd. **56,** Nr. 5, S. 273—274. 1913.

Rowell berichtet von einem Fall von Melaena. Anamnestisch auf seiten der Eltern war keine Ursache festzustellen. Die Sektion ergab im großen und ganzen ein negatives Resultat, nur gelang es im größten Teil des Ileum, die anscheinend degenerierte Mucosa leicht mit einem weichen Tuch zu entfernen. Entzündungserscheinungen in der Submucosa nicht beobachtet. Bakteriologisch wurde Bact. coli und Streptococcus fecalis gefunden. *Elten.*

Jörgensen, Gustav: Untersuchungen über Kochsalzfieber bei Säuglingen. Ugeskrift for Læger, Jg. 75, Nr. 29, S. 1219—1230. 1913. (Dän.).

Wechselmanns Arbeiten über die Giftigkeit alten destillierten Wassers und die Rolle, die sie bei der Anwendung von Salvarsan spielt, haben Jörgensen auf den Gedanken gebracht zu untersuchen, ob gleiche Verhältnisse sich nicht geltend machten bei dem Fieber (Kochsalzfieber), das bei Säuglingen auftritt, wenn man physiologische Chlornatriumlösung subcutan injiziert, wie Schaps, Finkelstein und mehrere andere gefunden haben. J. hat teils Chlornatriumlösung, mit frischem destilliertem Wasser hergestellt injiziert, teils Chlornatriumlösungen, die einige Zeit gestanden hatten. Die Resultate waren in allen Fällen folgende: Während die alte Lösung ein Bild hervorrief, vollständig ähnlich dem von oben genannten Autoren beschriebenen, trat nie etwas Ähnliches ein, wenn frische Lösung angewendet wurde. Gleiche Verhältnisse machen sich auch geltend, wenn man anstatt Chlornatrium eine 5proz. Traubenzuckerlösung anwendet. J. glaubt deshalb, daß die Fieberreaktion nach subcutaner Injektion von physiologischer Chlornatriumlösung ausschließlich bakteriellen Ursprungs ist. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Parrott, W. T., Intubation. (Die Intubation.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17,** Nr. 19, S. 478—481. 1913.

Verf. zieht die Intubation unbedingt der Tracheotomie vor. Die Technik ist nicht schwer, erfordert aber einige Erfahrung. Die Hauptsache ist das Halten nach vorne der Epiglottis mit dem linken Zeigefinger, während die Tube unterhalb desselben in die Rima glottidis eingeführt wird. Indiziert ist die Operation bei jedem Fall von progredienter Dyspnöe. Die Extubation ist oft sehr schwierig, wenn Granulationen die Tube festhalten; gelingt sie nicht auf der üblichen Weise, so hält Verf. das Kind an den Füßen in die Höhe und „melkt“ den Larynx nach abwärts. Die Ernährung geschieht entweder rectal oder mittels Flasche bei herabhängendem Kopfe. Während der ersten 24 Stunden muß das Rohr mindestens alle 4 Stunden, am 2. Tage alle 6 bis 8 Stunden, später alle 12 Stunden gereinigt werden. Sehr wichtig für einen vollen Erfolg dieser Operation ist eine gut abgerichtete Pflegerin. *Hall* (Graz.)

Frank: Über Atresia ani. (Geburtshilfl.-gynaekol. Ges., Köln, Siz. v. 12. II. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** Ergänzungsh., S. 340—341. 1913.

Im Anschluß an die Mitteilung zweier einschlägiger, mit Erfolg operierter Fälle tritt Frank für die möglichst frühzeitige Operation ein. Durch das Hinausschieben des Eingriffs um einige Tage verlieren die Kinder an Kräften, bei Fällen mit innerer Fistel wächst die Gefahr einer aufsteigenden Infektion der Harnwege. Wegen der Gefahr der Gangrän soll man sich in Fällen, in denen der ganze Mastdarm fehlt, nicht darauf versteifen, den Blindsack an die natürliche Öffnung heranzubringen. Man soll dann lieber laparotomieren und das blinde Ende durch die anliegende Bauchwand leiten. *Zinsser* (Berlin).

Reyher, P., Über bemerkenswerte Ossificationsbefunde an den Händen bei fötaler Chondrodystrophie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 4, S. 408—413. 1913.

Verf. hat bei zwei 6jährigen chondrodystrophischen Mädchen eigenartige Röntgenbefunde an den Händen erhoben. Fall 1: Auftreten eines proximalen Epiphysenkernes bei dem beiderseitigem Metacarpus des Zeigefingers. Fall 2: Auftreten eines Kernes nebst Epiphysenlinie am distalen Ende der Grundphalanx des 4. Fingers, und einer aus mehreren Stücken bestehenden Grundphalanx des Daumens. Bei den Knochenkernen der Handwurzel und Epiphysenkernen des Radius überraschte besonders eine nie gesehene Gestalt, große Ausdehnung und unregelmäßige Lage. Diesen Formen und Ossificationsvorgängen glaubt Verf. die Chondrodystrophia foetalis malacica zugrunde legen zu können. *Dorn* (Kempten).

Hebammenwesen und -unterricht:

Donnarumma, Benilde Corsini: L'analisi delle orine in rapporto all'arte della levatrice. (Urinanalyse in der Hebammentätigkeit.) Ginecol. minore Jg. **6**, Nr. 2, S. 25—27. 1913.

Verf. schlägt vor, daß die wichtigsten Urinuntersuchungen (qualitative Bestimmung von Eiweiß und Zucker, eventuell Gebrauch des Esbachschen Albuminimeters) auch von den Hebammen erlernt und in der Praxis obligatorisch gemacht werden. *Colombino* (Mailand).

Bossi, L. M.: La „ginecologia minore" al suo 6° anno di vita. (Zum 6. Lebensjahr der Zeitschrift „Ginecologia minore".) Ginecol. minore Jg. **6**, Nr. 1, S. 3—4. 1913.

Leitartikel. Bossi tritt energisch für die Hebung des Hebammenstandes ein. Er fordert hauptsächlich die gerichtliche Anerkennung des sog. „Ordine delle levatrici" (eine Bezirksverbindung für jede Provinz Italiens), außerdem wirtschaftliche Verbesserungen: Erhöhung von Gehältern und Gebühren und Pension. *Colombino.*

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Ségard, Maurice: La tuberculose du nourrisson. (Über Säuglingstuberkulose.) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **23**, Nr. 6, S. 405—411. 1913.

Je jünger das Kind und je näher dem Beginne der Erkrankung, um so schwerer ist die Diagnose. Oft sind die ersten Symptome durch Enteritis oder dergleichen verschleiert. Man unterscheidet außer Allgemeintuberkulose einen respiratorischen und einen enteralen Typus. Masern, Keuchhusten und hereditäre Syphilis sind auszuschließen. In etwa der Hälfte der Fälle sind die Eltern tuberkulös. Ein Viertel der Kinder weist Zeichen von Rachitis auf. Zu den zahlreichen Symptomen gehört blasse welke Haut, kleine etwa erbsengroße Drüsen unter der Haut, Hautaffektionen verschiedenster Art, Schwellung der Mesenterialdrüsen, von Leber und Milz, Hydrocele, Orchitis und anderes mehr. Es gibt unter Allgemeintuberkulose akut und chronisch verlaufende Formen. Unter den lokalisierten trennt man respiratorische Formen mit vorwiegend drüsigem oder mit bronchitischem Charakter und diejenigen, bei denen die Erscheinungen vom Magendarmkanal das Symptomenbild beherrschen. Ausführliche Beschreibung der Symptomatologie ist aus der Originalarbeit zu ersehen. *Zweifel* (Jena).

Cruchet, René: Évolution de la tuberculose médicale chez le nourrisson. (Die Tuberkulose des Säuglings.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr. Jg. **26**, Nr. 288, S. 144—160. 1913.

Die für den Säugling typischen klinischen Symptome der akuten, subakuten und chronischen Tuberkulose werden ausführlich beschrieben; letztere wird dabei in eine anämische, gastro-intestinale, pulmonale, ganglionäre, cutane und nervöse Form eingeteilt. Im Entwicklungsstadium ist es schwierig, die Diagnose zu stellen; die Tuberkulinreaktionen geben noch die meiste Sicherheit. Ist die Erkrankung weiter vorgeschritten, so ist die Diagnose ebenfalls nicht immer leicht; der Nachweis der Kochschen Bacillen im Stuhl fällt aber in den meisten Fällen positiv aus. Dagegen wechselt der Ausfall der Tuberkulinproben in diesem Stadium sehr. Die Säuglingstuberkulose hat die Neigung, sich rasch zu verallgemeinern. Deshalb ist die Prognose im allgemeinen schlecht, Heilung seltener wie bei älteren Kindern. Ein großer Abschnitt der Arbeit ist der Frage des Infektionsweges der Erkrankung gewidmet, ob diese auf pulmonalem oder gastro-intestinalem Wege zustande kommt. Verf. stellt sich auf seiten Calmettes, der den letzteren Modus für den häufigeren hält. *Lamers* (Amsterdam).

Tidy, H. Letheby, A case of tetanus treadet with intraspinal injections of magnesiumsulphate. (Ein Fall von Tetanus. Behandlung mit intraspinalen Injektionen von Magnesiumsulfat.) Brit. med. journal Nr. **2734**, S. 1104—1105. 1913.

8jähriges Kind mit schwerem Tetanus erhielt in 1 Woche 3 intraspinale Injektionen

von Magnesiumsulfat (je 3 ccm eine 25 proz. Lösung). Jedesmal ausgesprochene Besserung. Nachlassen der Krämpfe. Heilung. *Ströbel* (Erlangen).M

Grasty, G. D.: Influenzal meningitis in a child, with report of a case. (Über einen Fall von Influenza-Meningitis bei einem Kind.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gynecol. soc., meet. 8. XI. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 6, S. 1211. 1913.

Wilkinson sah ein Kind mit Influenza; es bekam einen Schlag auf den Kopf, dadurch Schädelfraktur mit Hämatom; von da aus nahm eine Influenza-Meningitis ihren Ausgang. Wilkinson hat 5 mal reine Influenza-Meningitis und 2 mal Mischinfektionen gesehen. Nach Donnally sind nur in 1—2% der Fälle von Meningitis die Erreger Influenzabacillen. Zur Behandlung empfehlen Carr und Fremont Smith Salicylpräparate und Urotropin. *Zweifel.*

● **Müller, J. P., Mein System für Kinder.** Leipzig: Grethlein 1913. 116 S. M. 2,—.

An Hand von 134 Abbildungen erläutert der Verfasser sein System körperlicher Übungen bei Kindern. Strenger Durchführung von Muskel-, Frottier-, Atemübungen und Übungsspielen wird günstigste Einwirkung auf die gesamte Körperentwicklung und Vorbeugung vor Krankheiten zugeschrieben. Modifizierter Beginn der Übungen chon für Säuglinge empfohlen. *Stähler* (Siegen).

Neurologie und Psychiatrie:

Pazzi, Muzio: Disordini psichici della donna in rapporto con le funzioni sessuali normali e patologiche. (Psychische Störungen in Beziehung zu den normalen und pathologischen Funktionen des weiblichen Geschlechtsapparates.) Bull. delle scienze med. Jg. **84**, Nr. 6, S. 365—398. 1913.

Verf. betont den innigen Zusammenhang zwischen Psyche und Genitalsphäre, welcher schon bei normaler Funktion des Genitalapparates nachzuweisen ist: Während der Menstruation können verschiedene nervöse Beschwerden wie Verstimmungen, Hyperästhesie, Amnesien, Melancholie usw. auftreten. Während der Gravidität kommen psychische Erscheinungen auch sehr häufig vor, man könnte in vielen Fällen von einer Art Psychasthenie sprechen, wobei die Angst vor der Entbindung eine große Rolle spielt. Durch die Geburt wird nicht selten eine Erschöpfung des Nervensystems bedingt, welche als prädisponierendes Moment zur Entwicklung einer Psychose im Wochenbett angesehen werden dürfte. Infolgedessen sollten manche Verbrechen, die während der erwähnten Phasen des weiblichen Sexuallebens beobachtet werden, nämlich der kriminelle Abort und der Kindesmord, vom gerichtlichen Standpunkt aus im Sinne einer verminderten Zurechnungsfähigkeit eingeschätzt werden. Was die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Geschlechtsapparates und psychischen Störungen anbelangt, so vertritt Pazzi die Bossische Lehre. Mit einer eingehenden Besprechung der über dieses Thema beim Kongreß in Rom (1911) entstandenen und dann in verschiedenen italienischen Zeitschriften fortgesetzten Diskussion weist er darauf hin, daß nicht nur Gynaekologen und Psychiater, sondern auch Juristen sich immer mehr mit der Lösung der Frage beschäftigen. *Colombino* (Mailand).

Gerichtliche Medizin:

Boissard, Al.: À propos des avortements criminels. (Über kriminelle Aborte.) Enfance Jg. **1**, Nr. 6, S. 431—434. 1913.

Boissard klagt über das Zunehmen der kriminellen Aborte, die in gleichem Maße sich vermehren wie das moralische Niveau des Volkes sinke.

In der Pariser „Maternité" kamen im Jahre 1912 244 Aborte vor, außerdem noch 147 septische. Von diesen 244 waren nach Angaben der Patientinnen 10 künstlich herbeigeführt, von den 147 nach Angabe 39. *Wiemer* (Herne).

Rosenstein: Tentamen abortus provocandi, graviditate extrauterina. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitz. 29. IV. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 1, S. 110—112. 1913.

31 jährige Patientin. Vor 4 und 3 Jahren hat sie jedesmal, wenn sie wegen Ausbleibens der sonst normalen Periode eine Schwangerschaft befürchtete, ein Abortivmittel genommen, bestehend aus Chinin, Hydrastinin und Ergotin. Beide Male trat danach der Abort ein. Anfang

November 1912 nahm sie wieder das Mittel, da sie sich nach Ausbleiben der Regel wieder für schwanger hielt. Wenige Tage später starke Schmerzen im Leib und starke Blutung, die 6 Tage anhielt. Nach einigen Tagen erneute Blutung, Schmerzen und Ohnmachten. Am 21. I. 1913 wird ein rechtsseitiger Tubentumor konstatiert, der sich bei der Laparatomie als geplatzte Tubenschwangerschaft erwies. Heilung. *Zinsser* (Berlin).

Soziales. Statistik:

Marshall, W. C.: The effect of economic conditions on the birth-rate. (Der Einfluß der ökonomischen Bedingungen auf die Geburtenrate.) Eugenics rev. Bd. **5**, Nr. 2, S. 114—129. 1913.

Daß die ökonomischen Bedingungen auf die Zahl der Geburten unzweifelhaft einen Einfluß ausüben, zeigt Verf. an dem Beispiele Englands (Abschaffung des Poor Law, wonach bei kinderreicher Familie Steuererlaß eintrat, Erlaß der Workshop Act, die die Kinderarbeit einschränkte, Hebung des allgemeinen Wohlstandes usw.) für die Jahre 1801 bis 1911. *Buschan* (Stettin).

Perreau: La dépopulation et la mortalité infantile. Causes et remèdes (Die Abnahme der Bevölkerung und die kindliche Sterblichkeit. Ursachen und Gegenmittel.) Enfance Jg. **1**, Nr. 6, S. 401—418. 1913.

Perreau gibt für die Abnahme der Bevölkerung in Frankreich vier Ursachen an: 1. Abnahme der Geburten; 2. Kindersterblichkeit; 3. Zunahme der künstlichen Aborte; 4. Totgeburten. Als Gegenmaßregeln schlägt er folgende vor: ad 1. Junggesellensteuer und Besteuerung der Familien mit keinem oder nur 1—2 Kindern; ad 2. Sorge für gesunden Nachwuchs, Selbststillen der Mütter, ärztliche Überwachung der Säuglinge und stillenden Mütter, Verhütung der Tuberkulose und anderer kontagiöser Krankheiten, bessere Wohnungs- und Hospitalhygiene; ad 3 und 4. gesetzliches Einschreiten gegen die antikonzeptionellen Mittel und die Propagation des Neomalthusianismus. Nicht minder einen energischen Kampf gegen den Alkohol. *Wiemer* (Herne).

McMurtrie, Douglas C.: Further notes on prostitution in Japan. Abolition of the slavery system; early history of the yoshiwara; illicit prostitution; medical inspection and statistics; jurisprudence. (Weitere Beiträge zur Prostitution in Japan; Aufhebung der Sklaverei; Geschichte des Yoshiwara; heimliche Prostitution; ärztliche Kontrolle und Statistik; Gesetzgebung.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 2, S. 76—80. 1913.

Die gesetzlich anerkannte Sklaverei der Prostituierten wurde im Jahre 1872 in Japan aufgehoben durch ein Dekret der Regierung. Die Gründung des Yoshiwara in Tokio stammt aus dem Jahre 1612 und ist von den Bordellwirten selbst aus zahlreichen hygienischen und moralischen Gründen beantragt worden. Die heimliche Prostitution wurde bereits 1722 und später nochmals 1876 streng verboten. Die ärztliche Kontrolle der Dirnen wurde 1867 in Yokohama eingeführt und im Jahre 1900 fürs ganze Land allgemein geregelt. Das Regulativ, welches die polizeiliche und ärztliche Kontrolle der Prostituierten betrifft, enthält 15 Paragraphen, die in extenso wiedergegeben sind. Im Jahre 1896 gab es in Japan 43 570 Kontrollmädchen; es wurden 8856 Fälle von Syphilis und 61 004 Fälle von Gonorrhöe festgestellt. *Klein* (Straßburg i. E.).

● **Forel, August: Die sexuelle Frage. Gekürzte Volksausg.** München: Reinhardt 1913. VIII, 299 S. M. 2.80.

Das nunmehr in bald 50 000 Exemplaren verbreitete Werk ist für die vorliegende Volksausgabe etwa um $^1/_5$ gekürzt. Hauptsächlich wurde ein Teil der Kasuistiken und spezieller wissenschaftlicher Erörterungen weggelassen. Die Ausdrücke sind, soweit als tunlich, verdeutscht; stellenweise wurde der Text einfacher gestaltet, in manchen Punkten, wo dies notwendig schien, wurden auch die Grundlagen breiter ausgeführt. In dem Vorwort sagt Forel selbst: „Wer auf die wissenschaftlichen Ausführungen größeren Wert legt, wird nach wie vor nach der vollständigen Ausgabe greifen.“ Die neue Ausgabe ist als wirkliches Volksbuch gedacht. *Kermauner* (Wien).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 11. S. 513—576

Ergebnisse.

11.

Händedesinfektion und Wundschutz.

Von
Dr. J. Voigt, Göttingen.

Seit Fürbringers Methode der Hautdesinfektion in weiteren Kreisen bekannt wurde, haben sich jahrzehntelang fast alle Operateure dieses Verfahrens bedient, und die guten Erfolge rechtfertigten ihr Vertrauen so sehr, daß der Wunsch nach Ersatz desselben durch ein anderes nicht aufkam. Schädigungen des Operateurs durch den ständigen Gebrauch des Sublimats waren verhältnismäßig selten und konnten diese Desinfektionsmethode nicht in Mißkredit bringen, so daß die Empfehlung der Heißwasser-Alkoholdesinfektion durch Ahlfeld nur wenig Beachtung fand. Anders war es mit den Keimfreimachen des Operationsfeldes, ganz besonders für größere Eingriffe. So sicher man auch überzeugt war, nach Fürbringer eine gründliche Desinfektion der Haut durchführen zu können, so hafteten der Methode doch drei Fehler an, welche den Wunsch nach einem anderen Verfahren gerechtfertigt erscheinen ließen. Zunächst wurde mit Recht darüber geklagt, daß bei dem Gebrauch von Wasser und Seife zum Abwaschen, dem Abspülen mit mehr oder weniger reichlich Wasser, dem Bearbeiten der Haut mit Sublimatlösung eine Durchnässung des Kranken herbeigeführt würde, die einen beträchtlichen Wärmeverlust bedingte. Außerdem aber verträgt die Haut des Abdomens eine derartig energische Behandlung, wie sie das Fürbringersche Verfahren erfordert, nicht annähernd so gut, wie die der Hände, und die glatte Heilung der Schnittränder läßt manchesmal zu wünschen übrig. Zugleich gibt es aber eine Reihe von Erkrankungen der Bauch- und Beckeneingeweide, wo eine derartig energische Desinfektion eine Gefährdung bedeutet (Tubarruptur, Appendicitis u. a. m.). Schließlich verlangte man auch nicht mit Unrecht nach einem Verfahren, welches imstande sei, in dringenden Fällen innerhalb weniger Minuten das Operationsfeld genügend keimfrei zu machen; dauert die Desinfektion nach Fürbringer doch mindestens 15 Minuten. Der bis dahin nur hie und da geäußerte Wunsch nach einer zuverlässigen Schuldesinfektion der Hände, die besonders den Verhältnissen des Krieges angepaßt sei, trat jetzt mehr in den Kreis des Interesses, und zahlreiche Arbeiten, klinische und bakteriologische Prüfungen neuer Desinfektionsverfahren sind in den letzten Jahren unternommen worden. In dem folgenden Referat soll versucht werden, einen kurzen Überblick über die wichtigsten Publikationen, soweit dieselben zugängig waren, zu geben; Veröffentlichungen, welche weder neue Resultate noch neue Gesichtspunkte brachten, sind fortgelassen; sie stellen nur unnützen Ballast dar, wenn sie auch zur Zeit ihres Erscheinens nicht überflüssig gewesen sind.

In erster Linie zur Desinfektion der Hände angegeben, dann aber auch mit mehr oder weniger Erfolg für die Bauchdecken angewendet ist der Gebrauch des Alkohols als alleiniges Desinfiziens nach den Vorschriften von Ahlfeld[1] u. [2]): langdauerndes energisches Waschen mit heißem Wasser, Seife und Bürste und daran anschließendes Bearbeiten der Haut mit 96 proz. Alkohol. Die Dauer der Heißwasser-Seifenwaschung soll eine genügende Auflockerung der Haut herbeiführen, damit der Alkohol seine keimtötende Wirkung auch wirklich ausüben kann, denn nach Ahlfelds Ansicht kann der Alkohol die Bakterien nur im feuchten Zustand, nicht aber im trockenen, abtöten. Veit[80]) fordert vorheriges Bürsten der Haut durch 5 Minuten, dann ebenso

lange dauerndes mit absolutem Alkohol. Einfaches Waschen mit Wasser und Seife ohne den Gebrauch einer Bürste als Vorbereitung für eine Alkoholdesinfektion der Hände empfiehlt Nast-Kolb[65]), während er für das Operationsfeld die ausschließliche Behandlung mit Alkohol als genügend ansieht. Die Untersuchungen von Ozaki[67]) haben denn auch ergeben, daß eine, wenn auch kurze Waschung mit Seife von enormer Bedeutung für die genügende Wirkung des Alkohols als Desinfiziens ist. Zu dem gleichen Resultat kommt auch Aperlo[4]), der jedoch im Notfall auch ein 10 Minuten dauerndes Bürsten der Hände mit Alkohol als ausreichend ansieht. Die vorherige Seifenwaschung wird von diesen Autoren und anderen nicht als Desinfektionsversuch angesehen, man hat im Gegenteil gefunden, daß die Keimzahl, welche die Haut nach einer langdauernden Waschung mit Seife aufweist, sogar größer ist, als nach einer kurzen. Die Seife ist nach den Untersuchungen von Pilod[69]) zwar nach ihrer Zusammensetzung und der Art ihrer Herstellung als steril zu betrachten, doch bedarf ihre Oberfläche vor dem Gebrauch einer gründlichen Reinigung, weil sich zahlreiche Mikroorganismen dort ablagern und teilweise lange Zeit lebend erhalten können.

Das Bestreben, die vorherige Seifenwaschung als besonderen Akt auszuschalten, hat zur Anwendung des Seifenspiritus geführt, die neuerdings v. Hippel[38]) zur Händedesinfektion in der Form empfiehlt, daß die Hände 5—8 Minuten lang mit Seifenspiritus abgerieben werden. Wenn nicht eine grobe Infektion vorhergegangen ist, soll dies Verfahren genügen, um die Hände praktisch keimfrei zu machen. Auch eine Alkoholseifenpaste „Chiralkol" mit einem hochprozentigen Alkohol ist angegeben worden, um die Tiefenwirkung des Alkohols zu verstärken. Bei diesem Präparat, das von Selter[77]) empfohlen wird, hat man aber die vorherige Waschung mit Wasser und Seife angenommen und hat sich wieder von dem Ziel entfernt, was durch die alleinige Anwendung des Seifenspiritus angestrebt wurde. Zudem beweisen die Untersuchungen von Kutscher[51]), daß sich die Hand mit diesem Präparat nicht so keimarm machen läßt, daß sie praktisch als steril angesehen werden kann.

Durchdrungen von der Bedeutung, die eine zuverlässige Desinfektionsmethode im Kriegsfalle hat, welche schnell, einfach und ohne den Gebrauch von Wasser eine genügende Keimarmut der Hände, wie des Operationsfeldes, sichert, hat Schumburg[75]) seine Versuche mit der Verwendung des Alkohols für diesen Zweck unternommen und daraufhin, zunächst als Schnelldesinfektion, ein Verfahren angegeben, mit dem er innerhalb von 3 Minuten eine weitgehende Keimarmut der Haut erzielte. Es genügt nämlich nach seinen Beobachtungen, die Hände mittels steriler Watte 3 Minuten mit hochprozentigem Alkohol abzureiben, dem 1% Formalin oder $^1/_2$% Salpetersäure zugesetzt ist, der man eventuell vorsichtshalber noch eine kurze Waschung mit 10 proz. Wasserstoffsuperoxydlösung folgen lassen kann, zur praktischen Sterilisierung der Hände. Später hat er dann auf Grund weiterer Versuche es als ausreichend bezeichnet, die Hände einfach einige Minuten mit Alkohol absolutus, oder im Notfalle auch mit Brennspiritus, also durch Zusatz von Pyridinbasen für den Genuß untauglich gemachten ca. 96 proz. Alkohol, zu bearbeiten. Auch Grekow[21]) hat mit diesem Verfahren zufriedenstellende Resultate erzielt. und Marquis[62]) hält die Desinfektion durch 10 Minuten langes Abreiben mit 90 proz., eventuell auch denaturiertem Alkohol für vollständig ausreichend, und Langemack[54]) empfiehlt für die Hände die reine Alhoholdesinfektion. Zangemeister[86]) fand, daß die infektiösen Keime, soweit durch Abreiben zu entnehmende Keime in Frage kommen, bereits nach kurzdauerndem Abreiben der Hände mit Alkohol, Benzin usw. verschwunden sind. Gegen die Verwendung von denaturiertem Alkohol zu Desinfektionszwecken sind bisher keine Bedenken geäußert worden; es dürfte deshalb zu notieren sein, daß Clemm[12]) dieselbe nicht für unbedenklich hält. Er beobachtete nämlich in zwei Fällen kurz nacheinander die Bildung von sterilen (?) Abscessen, wo er die Haut für eine Morphiuminjektion mit Brennspiritus desinfiziert hatte. Indem Referent diese Mitteilung hier wiedergibt, sieht er sich doch genötigt, einzufügen, daß er nicht selten denaturierten Alkohol für

diesen Zweck benutzt hat und bei Injektion von in Ampullen sterilisierten Lösungen derartige Störungen niemals beobachtet hat; gewöhnliche Morphium-, wie auch Engotinlösungen zersetzen sich aber sehr leicht und können dann subcutan injiziert, derartige Folgeerscheinungen herbeiführen.

Darüber, wie die guten Erfolge der Alkoholdesinfektion zu erklären sind und mit welcher Konzentration das Optimum der Wirkung zu erreichen ist, liegen verschiedene Untersuchungen vor, die nicht zum gleichen Resultate führten. Nach der Ansicht von Marquis[62]), der, wie oben bereits bemerkt, 90proz., auch denaturierten Spiritus empfiehlt, erstreckt sich die desinfizierende Wirkung des Alkohols tief in die Haut hinein, bis in das Stratum lucidum. Aus den umfangreichen bakteriologischen Versuchen von Beyer[7]), deren interessante Einzelheiten, Versuchsanordnungen usw. im Original nachgelesen werden müssen, geht hervor, daß die eigentlich desinfizierende, keimvernichtende Kraft des Alkohols bei einer Konzentration von 70% bei weitem die höchste ist, und die des 60 oder 80proz. um das 30—40fache übertrifft; höhere Konzentrationen sind nach ihm in diesem Sinne fast unwirksam. Von absolutem Alkohol sah auch Ozaki[67]) bei seinen Untersuchungen die geringste Wirkung auf Bakterien, während durch 60- oder 80proz. Spiritus Staphylokokken innerhalb von 2 Minuten abgetötet wurden; mit dem nach Beyer besonders wirksamen 70proz. scheint er nicht gearbeitet zu haben. Wenn nun die praktischen Resultate bei dem Gebrauch des hochprozentigen Spiritus dennoch so gute sind, folgert Beyer, so sind dieselben eben nicht durch die keimvernichtende Wirkung des Alkohols bedingt, sondern es kommt eben noch ein besonderer Faktor in Frage. Das ist die härtende, gerbende Wirkung des Alkohols. Weiter unten wird von der Bedeutung der Gerbung überhaupt für die Erzielung einer genügenden Keimarmut der Hände und des Operationsfeldes noch etwas ausführlicher zu sprechen sein; es sei hier nur bemerkt, daß sowohl der Formalin- resp. Salpetersäurezusatz nach Schumburg[74]) wie auch besonders der Acetonalkohol nach v. Herff[34]) auf eine Erhöhung dieser Wirkung hinzielen. Nach v. Herff genügt ein 5 Minuten langes Abreiben der Haut mit Acetonalkohol, die dadurch gereinigt, entfettet, entwässert und gehärtet wird. Er hat ein Jahr lang in seiner Klinik die Desinfektion von Händen und Operationsfeld ohne den Gebrauch von Wasser und Seife durchgeführt, indem er dieselben 4 Minuten lang mit 50proz. Acetonalkohol abreiben ließ, worauf dann während 1 Minute die Haut mit reinem Aecton abgerieben wurde. Die Resultate sind nicht einwandsfrei für die Beurteilung dieses Verfahrens zu verwenden, da v. Herff noch einen Handschutz verwendete. An einer Reihe umsichtig angeordneter Laboratoriumsversuche zeigt Haeberle[28]), daß 3 Minuten langes Waschen der Hände mit Seife und Bürste verbunden mit exakter Nagelreinigung und 6 Minuten dauerndes Bearbeiten der Hände mit Acetonalkohol nicht nur die Oberfläche der Haut keimfrei macht, sondern auch eine beträchtliche Tiefenwirkung hat. Selbst künstlich infizierte Hände erwiesen sich fast durchweg nach dieser Desinfektion als keimfrei, wenn sie auf $^1/_2$ Stunde unter Bedingungen gebracht worden waren, die denen bei Operationen glichen. Haeberle kommt deshalb zu dem Schluß, daß mit dieser Methode für $^1/_2$ Stunde völlige Keimfreiheit der Haut zu erreichen sei, daß diese aber durch kurze Waschungen mit Acetonalkohol, im Zwischenraum von $^1/_2$ Stunde, beliebig lange erhalten werden kann. Auch Fehling[15]) hat mit dem Acetonalkohol als Desinfektionsmittel gute Erfolge erzielt. Er läßt nach einer 2—3 Minuten langen Waschung mit Seife und Bürste die Hände mit 1proz. Acetonalkohol bearbeiten; die Haut wird dadurch nicht nennenswert angegriffen. Die hohe desinfizierende Kraft des Acetonalkohols wird auch von (Polano[70]) bestätigt, der nur den ziemlich hohen Preis des Gemisches zum Anlaß für seine Versuche nahm, dasselbe durch ein wohlfeileres Präparat zu ersetzen.

Von den in Alkohol gelösten zur Anwendung kommenden Mitteln ist in erster Linie das Jod zu nennen. Die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes mit Jodbenzin wurde zunächst wohl von Heußner vorgeschlagen und in der Publikation von

Meyer[64]) genau beschrieben. Wegen seiner zuverlässigen Wirkung verdient das Verfahren unter allen Umständen Beachtung. Das Heußnersche Jodbenzin enthält 0,5 g Jod, 800,0 Benzin, Paraffin ad 1000,0. Hiervon sollen etwa 250 g mittels eines groben Lappens auf der Hand verrieben werden, ohne eine direkt vorhergehende Waschung, da das Wasser das Eindringen des Benzins in die Hand erschwert und dadurch den Erfolg der Desinfektion in Frage stellt. Der Gebrauch von Bürste und Nagelreiniger wird verworfen, da er bei Verreiben des Jodbenzins starke Reizerscheinungen zur Folge haben kann. Nach den Erfahrungen des Referenten ist bei Anwendung dieses Mittels darauf zu achten, daß im Benzin keine Unreinigkeiten enthalten sind, Wasser und Schweröle, die sich mit einem beträchtlichen Prozentsatz des Jodes beladen und auf den Boden der Flasche sinken. Wenn diese auf die Haut gelangen, so machen sie begreiflicherweise sehr starke Reizerscheinungen.

Bei Anwendung der zuverlässigen und an sich reizlosen Heußnerschen Jodbenzindesinfektion muß darauf geachtet werden, worauf Pürkhauer[73]) in dankenswerter Weise aufmerksam macht, daß die Flüssigkeit nicht an Körperstellen gelangt, wo sie nicht schnell verdunsten kann (Rücken, Gesäß, Genick u. ä); es kommt sonst leicht zu recht lästigen Verbrennungen.

Im Gegensatz zu Heußner hat Cannaday[10]) dem Gebrauch einer Jodlösung (0,5—1,0 proz. alkoholische oder auch Lugolsche Lösung) stets eine Seifenwaschung und ein energisches Abreiben mit Alkohol vorhergeschickt und ist mit den Erfolgen durchaus zufrieden. Ohne jede Vorbehandlung bestreicht Grossich [22–25]) die Haut des Operationsfeldes mit der offizinellen Jodtinktur. In verschiedenen Publikationen weist er auf die Vorzüge dieses Verfahrens hin und berichtet über wirklich ausgezeichnete Resultate. Er macht wiederholt darauf aufmerksam, daß vorherige Wasseranwendung die Tiefenwirkung der Jodtinktur beeinträchtigt. Über ähnliche Resultate an großen Reihen von Operationen nach genauer Befolgung der von Grossich gegebenen Vorschriften berichten Baum[6]), Brewitt[8]), Federmann[14]), Guibe[26]), Hofmann[39]), König[48] und Sick[78]). Der Vermutung von Propping[72]), der nach Desinfektion der Haut mit Jodtinktur unter 70 Laparotomien 6 Fälle von Ileus erlebte, die er auf die Berührung der Intestina mit den jodierten Flächen zurückführt, stehen Hofmann[39]) und Sick[78]) mit ihrer Erklärung gegenüber, daß sie keinen Ileus bei ihrem großen Material erlebt hätten, welcher der Desinfektion nach Grossich zur Last zu legen wäre. Die Tatsache, daß Propping bei Versuchstieren nach der Injektion von Jodtinktur in die Bauchhöhle Verklebungen beobachtete, darf nicht als Beweis für die Richtigkeit seiner Befürchtung angesehen werden, da Menge, Konzentration und Alkoholgehalt bei der Injektion von Jodtinktur unvergleichlich viel höher sind, als wenn eine Darmschlinge oder Kompresse etwas von dem Jodanstrich der Haut abwischt. Immerhin ist es ratsam, nach Möglichkeit ein Befeuchten der jodierten Haut zu vermeiden, da hierdurch auch die Schutzwirkung der Jodpinselung vermindert wird; wie König[48]) betont.

Die von verschiedenen Operateuren beobachteten Reizerscheinungen der Haut infolge der Desinfektion nach Grossich haben manchen Ärzten den Anlaß gegeben die Jodtinktur zu verdünnen. Hesse[37]) verdünnt z. B. die (10 proz.) Jodtinktur bis zu einem Gehalt von 2% Jod. Diesem Bestreben tritt Kausch[46]) entgegen, der, den Vorschriften von Grossich folgend, lieber stärkere Lösungen verwandt sehen will. Daneben macht Kausch auch auf die Unklarheit aufmerksam, die dadurch entsteht, wenn in verschiedenen Publikationen nicht bemerkt wird, ob der Prozentgehalt an Jod oder Jodtinktur gemeint ist; eine 2 proz. Jodtinktur gibt es nicht, sondern entweder eine Lösung, die 2% der offizinellen Jodtinktur enthält, oder aber eine 2 proz. alkoholische Jodlösung. — Ein besonderes Verfahren zur Vermeidung der unerwünschten Nebenwirkungen des Jodanstriches größerer Hautflächen gibt Jungengel[45]) an, indem er vorschlägt, mittels eines besonderen Apparates Joddämpfe auf die Haut zu leiten und sie dort von einem frisch aufgetragenen Lösungsmittel (Alkohol) aufnehmen zu lassen.

Während Grossich und die oben angeführten Autoren die Desinfektion mit Jodtinktur resp. alkoholischer Jodlösung fast ausschließlich für das Operationsfeld verwenden wollen, sollen nach Vignier[81]) Hände und Arme 10 Minuten mit frischbereiteter alkoholischer Jodlösung abgerieben und dann, nach einer Pause von 5 Minuten, mit reinem Alkohol wieder entfärbt werden; für das Operationsgebiet empfiehlt er dasselbe Verfahren nach vorheriger Seifenwaschung. Andrés Bueno[3]) rät, die gesäuberten Hände 5 Minuten lang mittels einer steilen Bürste mit 70—90proz. Alkohol zu bearbeiten und dann in eine 6proz. alkoholische Jodlösung zu tauchen. Eine Desinfektion durch Abreiben der Haut mit Jodbenzin 0,1% mehrfachem Anstrich von 3% Jodalkohol ist nach den Untersuchungen von Holst[41]) der Fürbringerschen Methode weit überlegen. Er fand bei letzterer in 75% der Versuche Bakterienwachstum auf Nährböden, bei seinem Verfahren jedoch niemals. Aber andere bakteriologische Untersuchungen haben auch für die Joddesinfektion der Haut keine so befriedigenden Resultate ergeben, wie man nach den klinischen Erfahrungen hätte erwarten sollen; besonders da doch die keimtötende Wirkung des Jods allgemein anerkannt ist. Nach den Untersuchungen von Brünning[9]) wirkt die Jodtinktur zwar stärker keimtötend, als Alkohol. Eine absolute Keimfreiheit wird aber auch durch das Pinseln der Haut mit Jodtinktur nicht erreicht, das Abgeben von Keimen aber ganz beträchtlich erschwert. Brünning hält es nicht für nötig, die Jodtinktur mit absolutem Alkohol zu bereiten; der 70proz. leistet nach seiner Erfahrung für diesen Zweck die gleichen Dienste. Lojacono[60]) stellte fest, daß die Jodtinktur nur wenig in die Tiefe dringt und nicht stark genug wirke, um alle vorhandenen Keime zu vernichten. Fritsch[18]) bewertet die eigentliche Desinfektionskraft der Jodtinktur ziemlich gering, glaubt auch ihrer gerbenden, fixierenden Wirkung nicht den Haupteinfluß auf die gute Wundheilung zuschreiben zu müssen. Er hält vielmehr den chemotaktischen Einfluß der Jodtinktur auf die Gewebselemente und Leukocyten für den Hauptgrund des glatten Heilungsverlaufes auch komplizierter Laparotomien nach der Desinfektion der Bauchhaut mit Jodtinktur. Auf Grund ihrer Versuche halten Hecht und Köhler[30a]) die desinfizierende, keimvernichtende Kraft der Jodtinktur für so gering, daß sie zur Erreichung einer vorübergehenden Keimfreiheit andere Mittel empfehlen. Auch Kutscher[52]) konnte bei der bakteriologischen Prüfung der Grossichschen Methode feststellen, daß es damit nicht möglich war, künstlich auf die Haut gebrachte Keime abzutöten. Er nimmt mit Rücksicht auf die guten praktischen Resultate an, daß die Haut bei der Behandlung mit Jodtinktur durch Wasserentziehung und Gerbung in einer Weise verändert wird, welche die Keimabgabe außerordentlich erschwert. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Lanz[55]), der durch den Ausfall der bakteriologischen Prüfung der Desinfektion mit Jodtinktur so wenig befriedigt ist, daß er dieselbe nur für Notfälle gelten lassen will. Da es sich also auch bei der Joddesinfektion im wesentlichen um eine entwässernde und gerbende Wirkung zu handeln scheint, ist die Vorbehandlung der Haut mit Jodbenzin, wie Kutscher[52]), oder mit Acetonalkohol, wie er und Scipiades[67]) rät, durchaus logisch. In dem Bestreben, durch Anwendung von stark fettlösenden Flüssigkeiten die Tiefenwirkung des Jodes zu steigern, hat man den Tetrachlorkohlenstoff entweder zur Vorbehandlung, oder direkt als Lösungsmittel für das Jod benutzt. Wederhake[84]) empfiehlt ihn mit 0,1% Jod, Mc Donald[71]) mit 0,5% Jod und berichtet über gute Erfolge bei nur 2 Minuten dauerndem Abreiben der Hand. Auch das teure Metajodkarbon von Hell & Co. in Wien und Troppau, das v. Matasek[73]) rühmt, scheint eine Lösung von Jod in Tetrachlorkohlenstoff zu sein (der als Benzinoform im Handel und nicht feuergefährlich ist).

Wenn auch die praktischen Erfolge der Desinfektion mit Jodlösungen in jeder Hinsicht befriedigend sind, so sind die Reizerscheinungen der Haut zuweilen recht unangenehm und man hat nach Ersatz für das Jod gesucht; es ist bemerkenswert, daß fast durchweg empfohlen wird, diese Mittel in alkoholischer Lösung zu gebrauchen. Hoffmann[40]) und König[48]) empfehlen den Gebrauch von 5proz. Thymolspiritus,

mit dem das Operationsfeld zweimal angestrichen werden soll; vorherige Waschung hat angeblich keinen ungünstigen Einfluß, Hautreizungen sind bei einiger Vorsicht zu vermeiden. Langemak[54]) und Zabludowski[85]) empfehlen eine 5proz. alkoholische Tanninlösung (der ersterer allerdings noch eine Jodpinselung folgen läßt) für das Operationsfeld, Zabludowski[85]) hat auch bei der Behandlung der Hände mit Tanninalkohol gute Resultate und keinerlei Reizung gesehen, wie sie Langemak beobachtete; nach ihm wird die gute Wirkung dieses Desinfiziens auch durch vorheriges Waschen, oder Abspülen der Hände während der Operation nicht beeinträchtigt. Sublimat wird von Clarke[11]) an Stelle des Jodes in 0,2proz. alkoholischer Lösung, von Hecht und Köhler[30a]) mit 0,5proz. Sublimat empfohlen. Witthauer[83]) will die Haut mit 2proz. Lysoformalkohol tüchtig abreiben und dann mit 12proz. alkoholischer Jothionlösung pinseln lassen. Bei der geringen Desinfektionskraft des Lysoforms und dem hohen Preise des Jothions wird sich das Verfahren wohl kaum einbürgern. Der 10proz. Tetrachloräthylenseifenspiritus, den v. Herff[35] empfiehlt und der nach Huessys[43]) Untersuchungen fast absolute Keimfreiheit von Händen und Operationsgebiet schafft, ist völlig reizlos, auch bedarf es zur Desinfektion keiner weiteren Vorbehandlung, sondern ein tüchtiges Abreiben oder gelindes Abbürsten während einiger Minuten genügt. Einstweilen ist das Tetrachloräthylen allerdings noch recht teuer!

Ähnlich empfiehlt Polano[70]) zur Desinfektion eine 2proz. Lösung von Tetrapol, einem Tetrachlorkohlenstoff in konzentrierter Monopolseifenlösung. Die mit diesem Mittel erzielten Resultate sind zwar befriedigend, doch ist der ständige Gebrauch desselben wegen der stark gerbenden Wirkung kaum möglich; es bleibt also für Ausnahme- bzw. Einzelfälle. Als sicheres und reizloses Verfahren empfiehlt Wallace[82]) folgendes: Mittelst steriler Tupfer wird in einer Mischung von Dichloritaetylen und Alkohol die Haut des Operationsfeldes oder der Hände tüchtig abgerieben, darauf folgt eine Waschung mit einer Dichloritlösung und zum Schlusse das Auftragen einer ca. $2^1/_2$proz. Joddichloritaethylenlösung. Die Umständlichkeit des Verfahrens wird seiner Einführung hinderlich sein. Lehmann[56]) läßt dagegen nach vorhergehender, 5 Minuten dauernder Waschung der Hände bzw. Bauchhaut mit Kaliseifenlösung sie nach dem Abtrocknen 5 Minuten lang mit $^1/_2$proz. Tribromnaphtolalkohol (70%) abreiben. Für die folgenden Operationen genügt dann seiner Erfahrung nach ein oberflächliches Reinigen der Hände und ein 2 Minuten dauerndes Abreiben derselben mit Alkohol. Die Reizerscheinungen, die sich nach 4wöchigem Gebrauch in Form eines juckenden Ekzemes äußern, sollen auf chemischen Unreinigkeiten beruhen und ausgeschaltet werden können.

Neuerdings wird das Chlormetakresol besonders als Desinfektionsmittel gerühmt. Nach Kondring[47]) ist die alkoholische Lösung des Chlormetakresols zu 0,1% in 70proz. Alkohol der wässerigen Lösung an Desinfektionskraft weit überlegen; außerdem soll sie vollkommen geruchlos sein und die Haut nicht reizen. Als sichere Methode empfiehlt er, nach einer 3 Minuten dauernden Waschung mit heißem Wasser und Seife mittelst Flanellappen die Haut 5 Minuten lang mit der alkoholischen Lösung von Chlormetakresol abzureiben. Auch Beyer[7]) hat konstatiert, daß die keimtötende Wirkung des 70proz. Alkohols durch den Zusatz von etwas Chlormetakresol (0,5%) beträchtlich erhöht wird. Eine wässerige Lösung dieses Präparates in rizinolsaurem Kali, die als Eusapyl in den Handel gebracht wird, empfiehlt Gottschalk[19]) zu 1% in Methylalkohol gelöst zu verwenden, doch soll vorher eine Reinigung der Hände bzw. des Operationsfeldes mit Wasser und Seife, sowie mit Seifenspiritus vorgenommen werden. Zur Schnelldesinfektion in Verbindung mit Acetonalkohol wird das Chlormetakresol von Jeney[44]) als 1proz. Lösung in Aceton-Alkohol 1: 2 empfohlen, der nur ein kurzes Waschen der Hände mit Seife ohne Gebrauch einer Bürste und Reinigen der Nägel dem 4 Minuten langen Abreiben der Hände in der Lösung vorausschickt. Die Hände und erst recht das Operationsfeld sind dann als steril anzusehen. Auch ohne vorheriges

Seifen läßt sich nach Konrad[49]) durch ca. 4 Minuten langes Desinfizieren mit dieser Lösung die nötige Keimarmut der Haut erzielen.

Die einzige Empfehlung des Fürbringerschen Verfahrens, die ich in der Literatur der letzten Jahre gefunden habe, stammt von Lanz[55]). Es ist dabei zu beachten, daß Lanz nicht etwa durch schlechte praktische Resultate dazu gebracht ist, die Jodtinkturdesinfektion nur für Notfälle anzuwenden, daß vielmehr die Reizerscheinungen der Haut der Patienten, wie der Augen des Operateurs, dann aber auch der unbefriedigende Ausfall der bakteriologischen Prüfung der Joddesinfektion daran Schuld tragen. Noch weiter geht Lizini[57]), der auf Grund seiner bakteriologischen Untersuchungen die außerordentlich umständliche Methode nach Novaro als besonders zuverlässig empfiehlt. Zu dem allgemeinen Streben nach Vereinfachung und Abkürzung des Desinfektionsverfahrens, wie auch zu der geringen Bewertung der Luftkeime, die heute allgemein ist, steht das Verfahren in auffallendem Gegensatze: Die Haut wird zunächst 5 Minuten lang mit Wasser und Seife gewaschen, darauf ein energisches Abreiben in einer 10proz. Lösung von Natrium carbonicum, darauf mit 1 proz. Lösung von Kalium hypermanganicum. Nachdem dieses durch Natriumbisulfat in 10proz. Lösung verdrängt ist, wird die Haut noch für wenigstens 10 Minuten der Einwirkung einer heißen, wässerigen 0,1 proz. Sublimatlösung ausgesetzt.

Die Desinfektionsmethode nach Liermann[58]) nähert sich schon den Verfahren, die mit rein mechanisch wirkenden Mitteln arbeiten. Die aseptische Bolus-Wundpaste nach Liermann soll für die Vorbereitung der Hände und des Operationsfeldes benutzt werden, indem sie zunächst noch feucht zum Rasieren der Haut benutzt wird. Darauf wird die Paste von neuem aufgetragen, und das ganze Gebiet wird bis zur Operation mit einem sterilen Tuch bedeckt. Die Gegend des zu führenden Schnittes wird dann mit einem Alkoholtupfer abgewischt. Für die Desinfektion der Hände empfiehlt Liermann zunächst eine kurze Waschung mit heißem Wasser und Bolusseife. — die feinen Tonpartikelchen sollen hier die Stelle der Bürste vertreten —, wodurch die Haut für die Aufnahme des Boluspulvers günstig vorbereitet werden soll. Nach Abtrocknen mit einem sterilen Handtuch wird die Haut mit einer kleinen Menge 96proz. Alkohols befeuchtet, und nun werden 3—5 g der Boluswundpaste energisch auf der Haut verrieben. Liermann nimmt an, daß der Bolus bei diesem Verfahren eine doppelte Aufgabe erfülle, indem er einerseits als Vehikel für den Alkohol dient, andrerseits mechanisch alle Furchen und Poren der Haut verschließt. Es geht aus der Veröffentlichung nicht hervor, daß der verwendete Ton vor dem Befeuchten mit Alkohol sterilisiert ist, immerhin erscheint ein solches Vorgehen dringend notwendig, wenn eine Tetanusinfektion mit Sicherheit vermieden werden soll.

Bei verschärfter, bakteriologischer Prüfung der Liermannschen Desinfektionsmethode hat Kutscher[52]) jedoch wenig befriedigende Resultate erhalten. Auch haftet der Methode nach Günther[27]) der weitere Nachteil an, daß bei fortgesetzter Anwendung derselben die Haut rissig und wund wird.,

Zum Schutz der Wunden hat man nach Mitteln gesucht, die ein Heraufwandern von Keimen aus der Tiefe der Haut resp. ihre Übertragung rein mechanisch verhindern sollten; so empfahl seinerzeit Doederlein das Gaudanin, Wederhake das Dermagummit, Klapp und Benitz den Chirosoler, v. Oettingen[65a]) neuerdings wieder das Mastisol. Alle diese Mittel sollen auf die desinfizierte Haut aufgetragen werden; nur v. Oettingen will durch das Auftragen des Mastisols auf die undesinfizierte Haut alle dort befindlichen Keime unbeweglich machen, arretieren, wie er es nennt, und schließt sich Port[17]) an, welcher seinerzeit empfahl, die Keime sitzen zu lassen, wo sie sitzen, und nur dafür zu sorgen, daß sie ihren Platz nicht verlassen können. Ich habe in der Literatur der letzten Jahre nur noch die Empfehlung von Suter[79]) gefunden, der die Mastisolbehandlung für dem Jodanstrich gleichwertig hält, sie aber wegen der viel geringeren Reizwirkung dieser vorzieht.

Mit dem von Haist[29]) geübten Verfahren, der die mit Jodanstrich vorbehandelten

Bauchdecken noch mit einem Mastisolüberzug versieht, kommen wir in das Gebiet des verschärften Wundschutzes. Auch hier müssen wir nach Meyer[64]) auf Heusner zurückgehen, der nach der Desinfektion des Operationsfeldes mit Jodbenzin die Haut durch den Heusnerschen Jodspray mit einem Jodkollodiumüberzug versieht. (Jod 2,0 solve in Alkohol absol. et Aether sulf. āā 10,0 adde Collodii 2,5, Äther sulf. ad. 100,0). v. Herff[35]) läßt nach seiner Aceton-Alkoholdesinfektion die Haut des Operationsgebietes noch mit einem Wundschutz pinseln (Benzoe und Damarharz āā 10,0 colatur in Äther sulf. 100,0 adde Jodi 14,0, Kalii jodat. 10,0. Alkohol absol. 200,0). Soweit aus den mir vorliegenden Publikationen zu ersehen ist, haben Gandanin und Chirosoter keine große Verbreitung gefunden, über das Dermagummit äußert sich Hellendall[31]) dahin, daß es nicht geeignet sei, den Gummihandschuh bei Operationen zu ersetzen, es könne aber als eine weitere Sicherung der Desinfektion gelten, da es die Keimabgabe erschwere. In einem Referat über neue Patente fand sich die Angabe, daß Grauert[20]) durch die Beobachtung, daß defibriniertes Blut mit 0,1—5% Formalin zusammen auf die Haut gebracht schnell zu einem elastischen, wasserundurchlässigen Überzug erstarrt, zur Herstellung eines solchen Präparates angeregt sei. Das Verfahren ist patentiert worden (D. R. P. 250 095). Zur weiteren Verschärfung des Wundschutzes regt Bauereisen[5]) an, auch die Wundflächen der Bauchdecken gegen Verunreinigung von innen her (Carcinomoperationen usw.) dadurch zu schützen, daß mittelst des Bauchdeckenhalters ein Schlitztuch aus Billrotbattist exakt auf die Schnittwundfläche gedrückt wird und diese so sicher gegen jede Berührung abschließt.

Der Gebrauch der Gummihandschuhe wird nicht mehr so allseitig empfohlen. Veit[80]) läßt nach der Heißwasser-Seifen-Alkoholdesinfektion sterile Gummihandschuhe anziehen, Andres Bueno[3]) rät, nach Alkohol- und Joddesinfektion der Hände noch sterile Gummihandschuhe anzulegen. Hecht und Köhler[30]a) sprechen sich vorsichtig dahin aus, daß der sterile Gummihandschuh zu Beginn der Operation sicheren Schutz, später jedoch nur bedingten gewähre. v. Franque[17]) sagt, der Nutzen des Gummihandschuhes sei im Einzelfalle objektiv nicht bewiesen, subjektive Gründe — das Gefühl, mit absolut keimfreier Hand zu operieren — bestimmten ihn, denselben beizubehalten. Ob der sich sowohl bei trocken, wie feucht sterilisierten Handschuhen bildende Handschuhsaft einen Einfluß auf die Wundheilung habe, untersuchten Hellendall und Fromme[32]); nach ihren Beobachtungen scheint neben individuellen Verschiedenheiten auch die Art der vorhergeschickten Handdesinfektion für das Zustandekommen der Bildung von Handschuhsaft von Bedeutung zu sein, wie auch aus den von ihm angeführten Arbeiten von Ahlfeld[1]), Fissler[16], Hannes[30], v. Herff[34]), Hörder[42], Küttner[59]) und Kuttner[53]) hervorzugehen scheint. Die praktischen Erfahrungen der Untersucher sind jedenfalls derart, daß von einer Gefährdung der Wundheilung nicht gesprochen werden kann; ob der Gebrauch der Gummihandschuhe aber wirklich eine Erhöhung der Sicherheit für den Operierten bedeutet, ist nicht zu entscheiden. Es lassen sich schon Stimmen vernehmen, die es offen aussprechen, daß der ganze verschärfte Wundschutz eine merkbare Besserung der Resultate eigentlich nicht herbeigeführt habe. Dobbert[13]) kann auf Grund von 500 Laparotomien ohne verstärkten Wundschutz weniger in diesem, als in technisch vollendetem Operieren die Ursache glatter Heilungen sehen. Auch Opitz[66]) kann in dem verschärften Wuudschutz keinen Fortschritt sehen und glaubt, daß bei dem heutigen Stand unserer Asepsis nennenswerte Verbesserungen nicht mehr möglich seien. Er rät dem Operateur deshalb, peinlichst jede unnütze Gewebsschädigung zu vermeiden. v. Herff[36]) hat auch keine Besserung der Resultate mit dem verschärften Wundschutz erzielt und legt deshalb den Hauptwert auf schnelles, vorsichtiges und technisch vollendetes Operieren.

———

Literaturverzeichnis.

1. Ahlfeld, Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. 1899, S. 117.
2. — Handb. f. Geb. **3** (II), S. 730.
3. Andrès Bueno, Gaceta med. del Sur. de España **31**, S. 83. 1913.
4. Aperlo, Clinica chirurg. **21**, S. 331. 1913.
5. Bauereisen, Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 13.
6. Baum, Med. Klin. 1910, Nr. 12.
7. Beyer, Zeitschr. f. Hyg. **70**, S. 273. 1910.
8. Brewitt, Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 6.
9. Brüning, Archiv f. klin. Chir. **94**, Heft 3.
10. Cannaday, Amer. Journ. of obstet. and di. of women Jan. 1912.
11. Clarke, Journ. of the royal army med. corps **20**, S. 458. 1913.
12. Clemm, Med. Klin. **7**, S. 1048. 1911.
13. Dobbert, Samml. klin. Vortr. Gynaekol. Nr. 190.
14. Federmann, Berliner klin. Wochenschr. 1910, Nr. 7.
15. Fehling, Straßb. med. Zeitung 1911, Heft 3.
16. Fießler, Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 33.
17. v. Franqué, Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, Nr. 1.
18. Fritsch, Habilitationsschr. Breslau 1911.
19. Gottschalk, Deutsche med. Wochenschr. **37**, S. 928. 1911.
20. Grauert, Deutsches Reichspatent.
21. Grekow, Archiv f. klin. Chir. **90**, Heft 4.
22. Grossich, Zentralbl. f. Chir. 1908, Nr. 44.
23. — Berliner klin. Wochenschr. 1909, Nr. 43.
24. — Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 21.
25. — Meine Präparationsmethode des Operationsfeldes mittels Jodtinktur. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1911.
26. Guibe, Presse méd. 1909, Nr. 42.
27. Günther, Zentralbl. f. Chir. **40**, S. 461. 1913.
28. Haeberle, Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. **69**, Heft 2.
29. Haist, Deutsche militärärztl. Zeitschr. **19**, S. 757. 1911.
30. Hannes, Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. **60**. 1907.
30a. Hecht u. Köhler, Wiener klin. Wochenschr. 1911.
31. Hellendall, Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1492.
32. — und Fromme, Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 48.
33. v. Herff, Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 679.
34. — Deutsche med. Wochschr. 1909.
35. — Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 52.
36. — Frauenarzt 1912, Heft 9.
37. Hesse, Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 15.
38. von Hippel, Deutsche Ärztezeitung 1909, Nr. 19 u. 20.
39. Hofmann, Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 23.
40. Hoffmann, Beitr. z. klin. Chir. **76**, Heft 1.
41. Holst, Journ. of the Arkansas med. soc. **9**, Nr. 9, S. 211. 1913.
42. Hörder, Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 44.
43. Huessy, Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. **69**, Heft 2.
44. Jeney, Wiener med. Wochenschr. **61**. 1911.
45. Jungengel, Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 12.
46. Kausch, Med. Klin. 1910, S. 978.
47. Kondring, Deutsche med. Wochenschr. **39**, S. 513. 1913.
48. König, Berliner klin. Wochenschr. 1909.
49. Konrad, Archiv f. Gynaekol. **91**, Heft 2.
50. Kutscher, Berliner klin. Wochenschr. 1910, Nr. 9.
51. — Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 17.
52. — Berliner klin. Wochenschr. **50**, S. 629. 1913.
53. Küttner, Archiv f. klin. Chir. **95**, Heft 1.
54. Langemak, Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 39.
55. Lanz, Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 25.
56. Lehmann, Beitr. z. klin. Chir. **74**.
57. Licini, Beitr. z. klin. Chir. **76**, Heft 1.
58. Liermann, Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 40—41.
59. Littauer, Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 883.
60. Lojacono, Ginecologia moderna 1909, S. 461.
61. MacDonald, Amer. Med. **19**, S. 167. 1913.
62. Marquis, Rev. de Chir. **32**, Heft 2 u. 3. 1912.
63. v. Matasek, Med. Klin. 1911, Nr. 13.

64. Meyer, Gustav, Med. Klin. 1910, Nr. 34.
65. Nast-Kolb, Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 6.
65a. v. Oettingen, Leitfaden der prakt. Kriegschirurgie 1912. C. Th. Steinkopf.
66. Opitz, Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 59.
67. Ozaki, Deutsche Zeitschr. f. Chir. 120, S. 545. 1913.
68. Papäionaunon, Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 27.
69. Pilod, Presse méd. 1912, Nr. 5.
70. Polano, Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. 68, Heft 3.
71. Port, Taschenbuch der feldärztlichen Improvisationstechnik. Stuttgart 1884.
72. Propping, Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 19.
73. Pürckhauer, Münch. med. Wochenschr. 57, S. 2186. 1910.
74. Schumburg, Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 8.
75. — Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 23.
76. Scipiades, Mitt. aus d. II. Frauenkl. d. Univers. Budapest. Band II, Heft 1.
77. Selter, Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 34.
78. Sick, Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 23.
79. Suter, Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 42, S. 823. 1912.
80. Veit, Prakt. Ergebnisse d. Geburtsh. u. Gynaekol. I. Jahrg.
81. Vignier, Société des méd. milit. français 1911.
82. Wallace, Brit. med. Journ. 1910. May.
83. Witthauer, Med. Klin. 6, S. 1221. 1910.
84. Wederhake, Med. Klin. 1908, Nr. 34.
85. Zabludowski, Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 8.
85a. — Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 9.
86. Zangemeister, Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 1.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Ruge II, Carl: Über Ovulation, Corpus luteum und Menstruation. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100,** H. 1, S. 20—48. 1913.

Ergebnis der Rugeschen Untersuchungen ist: Ovulation und Corpus-luteum-Bildung stehen mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut in einem deutlichen zeitlichen Zusammenhang. Berstung des Follikels und die Anfänge der Corpus-luteum-Entwicklung fallen in die ersten 14 Tage von Beginn der Menstruation an gerechnet; sie gehen mit menstruellen oder Intervallveränderungen der Mucosa einher. Das Stadium der Vascularisation und das der Blüte des Corpus luteum sind mit prämenstrueller Uterusschleimhaut verbunden und finden sich in der zweiten Hälfte des Intermenstruums. Die Blüte des Corpus luteum erhält sich bis zum Beginn der Menstruation. Die Rückbildung des Corpus luteum beginnt meist mit dem Auftreten der Menses und ist mit menstrueller oder Intervallmucosa verbunden. Blüte des Corpus luteum und frisch geborstener Follikel wurden nie zugleich beobachtet. Sie scheinen einander auszuschließen. *Aschheim.*

Chisholm, Catherine: Menstrual molimina: adult cases. (Menstruationsbeschwerden bei Erwachsenen.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23,** Nr. 6, S. 389—395. 1913.

Zum Vergleich mit ihren Feststellungen über ev. Störungen der Menstruation bei jungen Mädchen im Alter von 10—20 Jahren machte die Verf. statistische Erhebungen auch bei erwachsenen Frauen. Sie verfügt über 100 Fälle, lauter gesunde, unverheiratete, beruflich tätige Frauen.

77% hatten über Schmerzen oder gelegentlich leichte Störungen des Wohlbefindens zu klagen, aber nur 3% waren zuweilen arbeitsunfähig. In einem großen Betrieb mit Angestellten beiderlei Geschlechts erreichte die Zahl der Krankheitsfälle und -tage der Frauen nicht die der Männer. Die Dysmenorrhöe ist nur in einem Teil der Fälle primär. Vor allem nervöse Symptome (reflektorische und vasomotorische) und Schmerzen in den Beinen sind bei Erwachsenen viel häufiger als bei jungen Mädchen. Die Arbeitsbedingungen und Lebensgewohnheiten der

meisten Frauen führen zu passiver Hyperämie der Beckenvenen und zu starker Dehnung von Blase und Mastdarm. Als Ursache der sekundären Dysmenorrhöe kommt in Betracht; Mangel an Bewegung, Neubildungen (Polypen), Prolapse, erworbene Verlagerungen, Infektion (Tuberkulose) und sehr oft chron. Appendicitis. Kopfschmerzen, Reizbarkeit usw. sind nicht das Resultat der menstruellen Störung, vielmehr läßt eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems Schmerzen ins Bewußtsein treten, die andernfalls nicht apperzipiert würden. *Hölder.*

Dalché, Hygiène de la puberté chez la femme. (Hygiene des Pubertätsalters der Frau.) (*Hôtel-Dieu.*) Rev. de thérapeut. Jg. **80,** Nr. 10, S. 333—336 u. Nr. 11, S. 369—373. 1913.

Autor sieht in der richtigen Hygiene des Pubertätsalters die beste Hilfe gegen vererbte Krankheiten.

17jähr. Patientin, neuropathisch, kommt zur Behandlung wegen Amenorrhöe, die sich seit Beginn des Aufenthalts am Meere eingestellt hatte, während früher normale Menses bestanden hatte. Weder Blutungen noch Beschwerden irgendwelcher Art, Verdacht auf tuberkulöse erbliche Belastung, erste Menses im 11. Jahre. Patientin leistet reichliche geistige Arbeit. 6 Monate darauf ileolumbale Neuralgien. Die unten beschriebene Therapie brachte Heilung.

Die Vorteile des Meeraufenthaltes glaubt Autor nur für zurückgebliebene Kinder anerkennen zu können (Lymphatiker, Rachitiker). Für vorzeitig entwickelte junge Mädchen bringt Aufenthalt am Meere oft Schädigungen. Chlorose ist eine Gegenindikation. Klimawechsel und mechanischer Reiz der Seebäder sind für die Schädigungen verantwortlich zu machen. Die entstehende Amenorrhöe ist manchmal vorübergehend, manchmal von längerer Dauer. Begleiterscheinungen: Kopfkongestionen, Bronchitiden, Metritiden, Phlegmasien, Hämoptöe, Struma mit Exophthalmus. Der Aufenthalt am Meere ist zu verbieten auch den überreizbaren jungen Mädchen und asthenischen Individuen im Pubertätsalter, mit Arthralgien oder rheumatismusartigen Attacken, ebenso den Neuropathischen. Behandlung des Autors: Lauwarme Duschen, heiße Duschen auf die Rückenflächen der Füße, die vordere Fläche der Beine und die innere Fläche der Schenkel, täglich 0,05 cg Thyreoideapulver und Ovariumextrakt, 5—6 Schröpfköpfe hinter die Ohren. M. Docke (Bordeaux) glaubt durch Stimulation der endokrinen Drüsen (Thyreoidea, Ovarium, Nebenniere) sowohl die guten wie die schlechten Einflüsse des Meeraufenthalts erklären zu können. Autor sieht in der Verwendung kalten Wassers ein Mittel zur Stimulation der Blutbereitung, zur Verstärkung der Lungentätigkeit, empfiehlt sie jedoch nach Mougiot nur für die hyposthenischen, melancholischen, verfetteten oder mit trägen Reflexen begabten Individuen. Frühzeitige Verfettung ist ja häufig durch ungenügende Funktion des Ovariums zu erklären. Für junge Mädchen, bei denen die Regel aussetzt, empfiehlt Autor ein tägliches Sitzbad von kaltem Wasser von etwa 15 Sekunden, gefolgt von kräftigem Frottieren der Hüften, des Bauches und der Schenkel, hierauf Bettruhe. Womöglich ist das Bad mit dauerndem Wasserzufluß einzurichten, der mit starkem Strahl Oberschenkel, Lenden und Damm trifft. Den Verheirateten ist eine Kanüle behufs Perkussion des Gebärmutterhalses einzuführen. Bei erethischen, hypersthenischen, vorzeitig entwickelten, erregbaren und neuroarthritischen jungen Mädchen empfiehlt Autor mildere Duschen mit lauem Wasser. Robbin rät zu lauwarmen Bäder von 35° aus 250 g kohlensaurer Soda und 100—150 g Gelatine, die in heißem Wasser gelöst ist. Autor erklärt dies Mittel für ein hervorragendes Sedativum. Während eine Reihe Autoren die Hydrotherapie auch während der Regel verteidigen, lehnt Autor sie ab, soweit die Benutzung kalten Wassers in Betracht kommt. Höhenklima ist von guter Wirkung im Pubertätsalter, auszunehmen sind Chlorotische mit Hämorrhagien und basedowähnlichen Erscheinungen. Autor sah auch bei Landaufenthalt die Regel junger Mädchen plötzlich aufhören, er verwirft den übertriebenen Sport, empfiehlt Promenaden, Gartenarbeit. Der Tanz ist nach ihm eine der schädlichsten Bewegungsformen. *Mohr* (Berlin).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Gordon, M. H., Sensitised vaccine in acute bacterial infection. Results obtained in a series of cases. (Über sensibilisierte Vaccine bei akuter bak-

terieller Infektion; Erfolge in einer Reihe von Fällen.) Lancet Bd. **184**, Nr. 26, S. 1796—1801. 1913.

Im Hinblick auf die Wirkungslosigkeit und anaphylaktische Nebenwirkungen der antibakteriellen Immunsera einerseits, sowie in Hinblick auf den Nachteil der gewöhnlichen Vaccine andererseits, erst nach einer Phase verminderter Widerstandsfähigkeit zu wirken, empfiehlt Verf. auf Grund zahlreicher Erfahrungen an Tieren und Menschen die sensibilisierte Vaccine (Verfahren von Besredka). Das Verfahren bietet folgende Vorteile: rasche — gegenüber der gewöhnlichen Vaccine — beschleunigte Immunität und zwar ohne Reaktion oder anfängliche Verminderung der spezifischen Widerstandsfähigkeit des Organismus. Nach Besprechung zahlreicher, seit 1902 ausgeführter Tierexperimente berichtet Verf. unter Beifügung der Krankengeschichten und der Fieberkurven über 19 Fälle von akuter Infektion durch Streptococcus pyogenes. Es wurden geheilt 12, und zwar 6, bei denen vorher andere Mittel (bei 3 Antistreptokokkenserum, bei 2 gewöhnliche Vaccine) erfolglos angewandt waren, nicht wesentlich beeinflußt 7, es starben 5 (2 in bereits vorgeschrittenem Stadium mit Endokarditis bzw. Meningitis, 3 mit puerperaler Sepsis). Die Vaccine wurde hergestellt aus 3—5 verschiedenen Stämmen, sensibilisiert, meist abgetötet durch Zusatz von 1% Phenol und subcutan injiziert in steigenden Dosen. Über die Wirkung bei Pneumokokken liegen nicht genügend Erfahrungen vor; Versuche bei Staphylokokken und Tuberkelbacillen hatten bisher noch kein Ergebnis. Verf. empfiehlt die Methode sowohl zu therapeutischem wie prophylaktischem Gebrauch. *Sonntag* (Leipzig).[CH]

Battle, Ivan: The principles of serum therapy. (Die Prinzipien der Serumtherapie.) Old Dominion journal of med. a. surg. Bd. **16**, Nr. 3, S. 119 bis 124. 1913.

Nichts Neues. Kurze Erklärung der Begriffe Toxin-Antitoxin. Aggressin-Antiaggressin und Opsonin. *Zoeppritz* (Göttingen).

Ando, J.: Über die antitryptische Wirkung des Serums bei der Anaphylaxie. (*Med. Akad., Osaka, Jap.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. **18**, Nr. 1, S. 1—4. 1913.

Ruszuyák hat vor einiger Zeit eine Erhöhung des antitryptischen Titers des Meerschweinchenserums gefunden. Ando hat diese Angabe mit der Methode von Bergmann und Meyer nachgeprüft und konstatiert, daß keine Erhöhung des antitryptischen Titers im Serum eintritt. Es ergab sich jedoch eine Zunahme des antitryptischen Titers von anaphylaktischem Urin. Diese Titererhöhung ist aber keine spezifische, da sie auch bei der Erstinjektion, sowie bei der heterogenen Reinjektion nachgewiesen werden kann. *Kämmerer* (München).[M]

Lampé, Arno Ed., und Lavinia Papazolu: Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. Mitteilg. 1. Untersuchungen bei Gesunden. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S., u. physiol. Inst. Bukarest.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 26, S. 1423—1425. 1913.

Verff. berichten über Versuche, in welchen das Serum von Normalen, Organgesunden auf sein Verhalten den verschiedensten Substraten gegenüber untersucht wurde. Es konnte gezeigt werden, daß solches Serum nicht das geringste Abbauvermögen gegenüber den Organen wie Schilddrüse, Thymus, Leber, Pankreas, Muskelgewebe, Nebenniere, Ovarien, Hoden, Placenta, Carcinom gegenüber besitzt. *Brahm* (Berlin).[M]

● **Wohlgemuth, Julius: Grundriß der Fermentmethoden. Ein Lehrbuch für Mediziner, Chemiker und Botaniker.** Berlin: Springer 1913. IX, 355 S. M. 10.—.

Das Lehrbuch Wohlgemuths führt uns in das Neuland der Fermentforschung, das erst im Laufe weniger Jahre durch angestrengteste Arbeit erschlossen ist. Erst durch die eingehende Zusammenstellung der Fermentarbeitsmethoden wird die Fülle des Neugewonnenen offenbar. Diese Erfolge sind um so bemerkenswerter, weil sie an einer Materie gewonnen sind, deren chemisches Wesen und Zusammensetzung noch völlig unbekannt ist und deren Wirkung allein einen Rückschluß auf ihre biologische

Eigenart gestattet. Der einleitenden Orientierung über den augenblicklichen Stand der Fermentforschung wird die eingehende Schilderung der gesamten Fermentmethodik angeschlossen. Diese Methode hat neuerdings auch für die Gynaekologie besondere Bedeutung gewonnen, seitdem die Schwangerschaftsreaktion Abderhaldens mit ihrem Nachweis eiweißspaltender Fermente ein wertvolles Hilfsmittel der Schwangerschaftsdiagnose geworden ist. Eine genaue Angabe der Abderhaldenschen Technik zeichnet das vorliegende Lehrbuch aus. In übersichtlicher Anlage werden sämtliche erprobten Methoden behandelt, welche zum Nachweis der kohlehydrat-, fett- und eiweißspaltenden Fermente dienen. Diesen großen Kapiteln sind die nucleinspaltenden Fermente, ferner die Oxydasen und Katalasen angeschlossen. Der Wert des Lehrbuches wird erhöht durch das Schlußkapitel über die Blutgerinnung mit einem Überblick über ihre Theorie. *Gräfenberg* (Berlin-Schöneberg).

● **Abderhalden, Emil: Abwehrfermente des tierischen Organismus gegen körper-, blutplasma- und zellfremde Stoffe, ihr Nachweis und ihre diagnostische Bedeutung zur Prüfung der Funktion der einzelnen Organe. 2. verm. Aufl.** Berlin: Springer 1913. XII, 199 S. M. 5.60.

Bei der Verteidigung des tierischen Organismus gegen das Eindringen fremden Materiales spielen Schutzmittel der Zelle die größte Rolle. Unter diesen besitzt die Zellwand eine erhebliche Bedeutung. Sie wird in ihrer Defensivkraft unterstützt durch cellulare Fermente, die in spezifischer Weise eingestellt sind. Durch die Fermente wird das Material zur Verbrennung im Stoffwechsel vorbereitet und stufenweise ihre Energie erschlossen. Neben dieser abbauenden Bedeutung der Fermente für die Zelle besitzen sie auch eine synthetisierende Funktion. Bei höheren Organismen ist die Arbeitsteilung der Zellen so weit gediehen, daß die Zellen des Darmrohres allein die Aufgabe der Nahrungsaufnahme übernehmen. Diese Zellen müssen dann verhindern, daß blut- bzw. zellfremde Stoffe vom Organismus aufgenommen werden. — In gewissem Sinne hat jede einzelne Körperzelle verdauende Kraft, nur das Blutplasma der höheren Säuger und natürlich auch des Menschen kann keine hydrolytischen Spaltungen ausführen. Werden aber diesen Tieren parenteral Eiweißkörper oder Kohlehydrate zugeführt, so erhält jetzt das Blutserum die Eigenschaft, Eiweiß und Kohlehydrate zu spalten. Wenn das Serum eines parenteral mit Eiweiß vorbehandelten Tieres zusammen mit einer Eiweißlösung in ein Polarisationsrohr gefüllt wird, so ändert sich das Drehungsvermögen dieser Mischung, sobald eiweißverdauernde Fermente in ihr enthalten sind. Ebenso wird ein solches Serum eine in einen Dialysierschlauch gefüllte Eiweißlösung so abbauen, daß als Zeichen der Eiweißverdauung Peptone entstehen. Diese können den Dialysierschlauch passieren und werden außen in der Diffusionsflüssigkeit mit Hilfe der Biuret- und neuerdings der Ninhydrinreaktion nachgewiesen. — Diese Fermente nennt Abderhalden Abwehrfermente. Ihr Entstehungsort sind wahrscheinlich die weißen und roten Blutkörperchen. Zwischen Blut- und Körperzellen schiebt sich als ein weiterer Schutzpuffer die Lymphe ein. — Das Serum von Schwangeren enthält immer Abwehrfermente, die auf Placentareiweiß so spezifisch eingestellt sind, daß nur dieses abgebaut wird. Schon acht Tage nach der Befruchtung sind spezifische Abwehrfermente im mütterlichen Blute nachzuweisen. Ihre Abhängigkeit vom placentaren Stoffwechsel wird dadurch dokumentiert, daß 2—3 Wochen nach Ausstoßung der Placenta die Abwehrfermente verschwunden sind. Nicht nur Placenta, auch fötales Organgewebe wird durch das Schwangerenserum abgebaut. — Die Spezifizität der placentaren Abwehrfermente im Schwangerenserum ist der Ausgangspunkt für eine Serodiagnostik der Organfunktionen geworden. Wird in einer Versuchsserie ein Organ von dem Serum des Kranken abgebaut, so nimmt man eine Dysfunktion dieses Organes an. Höchst wertvoll sind die Perspektiven, die sich für die pathologische Forschung eröffnen. So macht die Versuchsanordnung A.s die Frühdiagnose des Carcinoms möglich und belebt das Studium der Schwangerschaftspathologie neu, nachdem über 300 untersuchte Fälle die Brauchbarkeit zur Schwangerschafts-

diagnose einwandfrei bewiesen haben. Bei Schilddrüsenerkrankungen wird Schilddrüseneiweiß abgebaut. Für die Lehre der inneren Sekretion wichtig ist der Abbau auch anderer innersekretorischer Organe (Thymus, Ovarium) bei Morbus Basedowii, der Schilddrüse bei der Sklerodermie. Im Serum weiblicher Kranken mit Dementia praecox finden sich neben Abwehrfermenten gegen Hirnrinde gleichzeitig solche gegen das Eiweiß der geschlechtseigenen Geschlechtsdrüse. — Die Lehre von der inneren Sekretion wird vielleicht durch A. auf eine sichere Grundlage gestellt. In Zukunft dürfte auch für die Organtherapie die Zeit des ungewissen Tastens nach Indikationen und Erfolgen vorüber sein. — Natürlich steht und fällt die Methodik mit der Einhaltung bestimmter technischer Richtlinien. Deshalb ist in außerordentlich minutiöser Darstellung der optischen und der Dialysiermethode in allen Einzelheiten und mit Angabe aller Fehlerquellen breiter Raum gewährt. *Gräfenberg* (Berlin).

Frank, Erich, und Felix Rosenthal: Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Schutzfermente (Abderhalden). (*Med. Klin., Univ. Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 26, S. 1425—1427. 1913.

Verff. beschäftigten sich mit der Frage nach den Beziehungen zwischen den nach parenteraler Eiweißzufuhr auftretenden spezifischen Immunkörpern, den Hämolysinen, Hämagglutininen und Präcipitinen einerseits und den proteolytischen Schutzfermenten andererseits. Wurden Antigen und Antikörper im Reagensglase miteinander digeriert, dann $^1/_2$ Stunde ins siedende Wasserbad gestellt und dann gegen destilliertes Wasser dialysiert, so war der Ausfall der Ninhydrinprobe immer negativ. Versuche mit spezifischen Hämagglutininen und Normalhämolysinen ergaben ebenfalls nie einen positiven Ausfall der Reaktion. Wird die Dialyse ausgeführt, ohne die Fermente durch Erhitzen zu zerstören, so zeigte sich, daß die Intensität der Ninhydrinreaktion im eigentlichen Hämolyseversuch nicht erheblicher ist, als in den Kontrollproben. Hieraus folgern Verff., daß die Hämolyse durch Normal- und Immunsera die spezifische Hämagglutination und Präcipitation ohne nachweisbare Proteolyse verläuft, und daß die proteolytischen Schutzfermente in keiner, wenigstens unmittelbaren Beziehung zu den nach parenteraler Eiweißzufuhr im Organismus auftretenden Immunkörpern stehen. *Brahms* (Berlin).[M]

Veil - Straßburg: **Über gesetzmäßige Schwankungen der Blutkonzentration.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Refraktometrische Untersuchungen des Serums kombiniert mit Hämoglobinbestimmungen und Blutkörperchenzählungen am Gesamtblut im nüchternen Zustand nach dem Schlaf. Der Prozentgehalt des Eiweißes soll dabei normaliter nur schwanken zwischen 6,23 und 7,33; die Unterschiede nach geringen Bewegungen usw. sind verschieden bei ruhigen und bei leicht erregbaren Menschen; diese wichtigen vasomotorischen Einflüsse auf die Blutkonzentration sind gestört bei arteriosklerotischer Schrumpfniere, die eine Bluteindickung zeigt, die durch Ruhe und Aderlaß über Wochen beeinflußt werden kann. Der Herzhydrops zeigt selten Hydrämie; alle diuretischen Maßnahmen (ob am Herz oder an der Niere u. a. m. angreifend) machen eine vorübergehende Hydrämie. *von den Velden.*[M]

Landsteiner, Karl, und Emil Prášek: Über die bindenden und immunisierenden Substanzen der roten Blutkörperchen. Mitteilg. 2. Über Blutantigene. (*K. k. Wilhelminenspit., Wien.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap. Orig. Bd. **17**, H. 4, S. 363—377. 1913.

Erythrocyten-Stromata wurden mit $n/_{10}$HCl, $n/_{10}$HC, NaOH, $n/_{10}$NaOH behandelt und dann mit Abrin, Crotin, sowie mit Immunseris zusammengebracht. Dabei ergab sich, daß die Stromata noch in beträchtlichem Grade imstande waren, die angewendeten Agglutinine und Lysine zu binden. Werden Stromata der Einwirkung von Salpetersäure und salpetriger Säure ausgesetzt, so verlieren sie bei Anwendung von konzentrierter HNO_3 ihre immunisierende Fähigkeit. Bei schwächerer Konzentration von HNO_3, sowie bei HNO_2 bleibt diese in bezug auf die Bildung von Agglutininen und

Lysinen, wenn auch nur in geringerem Grade, erhalten. Die in dem Serum enthaltenen komplementbindenden Antikörper zeigten ein anderes Verhalten als die Agglutinine und Lysine, da hier ein Verlust der Artspezifizität eingetreten war. Daraus ergibt sich also eine Verschiedenheit der lytischen und komplementbindenden Stoffe. — Die Behandlung der Stromata mit Acetanhydrid oder saurem Alkohol bewirkt die Inaktivierung des Vermögens, Agglutinine zu binden, und zwar stört die Einwirkung von Acetanhydrid die Bindung sowohl von Pflanzenagglutinin (Abrin), als auch von Serumagglutinin, die Behandlung von salzsaurem Alkohol nur die Bindung von Serumagglutinin. — Ein gegen Pferdeerythrocyten gerichtetes Kaninchen-Immunserum wird in seiner hämolytischen Wirkung durch die Behandlung mit osmierten Erythrocyten stark geschädigt. Im Gegensatz dazu nimmt der Agglutininwert dabei nur wenig ab.

Meyerstein.[M]

Hanser, Robert: Zur Frage der Thrombose. (*Pathol. Inst., Univ. Rostock.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213**, H. 1, S. 65—122. 1913.

Unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und an der Hand einer Anzahl eigener experimenteller Untersuchungen nimmt Verf. Stellung zu den verschiedenen Fragen der Thrombose. Als Versuchstiere dienten Katzen und Kaninchen. In Äthernarkose wurde ein Blutgefäß freigelegt, ligiert und je nach Wunsch mit Argentum nitricum geätzt oder nicht geätzt. Die so gewonnenen Resultate ergaben, daß bei Ätzung der Gefäßwand im strömenden Blute „typische Plättchenthromben" entstehen. Im doppelt unterbundenen Gefäß ohne Ätzung (Baumgartenscher Versuch) finden sich keine thrombotischen Abscheidungen. Auch bei doppelter Unterbindung und gleichzeitiger Ätzung ist von echter Thrombusbildung meist nichts nachzuweisen; doch tritt hier früher als im Baumgartenschen Versuch Gerinnung ein, die mit Zerfall der roten und weißen Blutkörperchen und Fibrinbildung einhergeht. In einzelnen Fällen kann es im doppelt unterbundenen Gefäß nach Ätzung zu thrombusähnlichen Plättchenkonglutinaten in beschränkter Größe kommen und zwar finden sich diese im plasmareichen Inhalt weiter Gefäße. Die Blutplättchen sind „präexistente" Gebilde des strömenden Blutes. Über ihre morphologischen Verhältnisse und die Frage ihrer Genese kann an der Hand der angeführten Versuche eine bestimmte Antwort nicht gegeben werden. *Jaeger* (Leipzig).

Nägeli-Tübingen: **Ergebnisse von Untersuchungen des Blutplasmas und Blutserums.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Bei perniziöser Anämie ist das Serum mehr weniger dunkelgelb, bei Chlorose hellwässerig, was sich an einigen Tropfen Blutes bestimmen läßt. Die dunkle Färbung soll vom Blutzerfall herrühren; eine vermutete engere Beziehung zwischen diesem Serumlutein und dem Bilirubin soll jedoch nicht bestehen. Die mit dem Refraktometer gewonnenen wichtigen Einblicke in den Eiweißgehalt des Blutes resp. die Blutkonzentration (Hydrämie bei vielen Anämien usw.) will Nägeli auch durch die Viscosimetrie erhalten und teilt Vergleichskurven zwischen Serumviscosität und Eiweißgehalt des Serums mit, die jedoch nur für normale Verhältnisse gelten.

von den Velden.[M]

Schumm, O., und C. Hegler, Untersuchungen über den Gehalt des Blutes an Zucker unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Mitteilg. 2. Der Blutzucker unter pathologischeu Verhältnissen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Mitteilg. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. **13**, H. 15, S. 187—200. 1913.

Untersuchungen über das Verhalten des Blutzuckers bzw. der reduzierenden Substanz unter pathologischen Verhältnissen sind bis jetzt in geringerem Umfang ausgeführt worden. Bekannt ist, daß der Aderlaß eine Erhöhung des Blutzuckergehaltes zur Folge hat, ebenso eine Reihe von Infektionskrankheiten. Morbus Addisonii führt zu Verminderung. Zur Blutzuckerbestimmung gibt es eine Reihe von Methoden; chemische und physikalische. Von den letzteren gibt das colarimetrische Verfahren Werte, die von den Angaben anderer Autoren wesentlich abweichen. Die Verff. haben die Blutzuckerbestimmungen sowohl bei Kranken, wie bei Gesunden nach dem ganz gleichen Verfahren ausgeführt. Sie benutzen dazu das Verfahren von Michaelis-Rona-Bang. Es ist diese Methode zur Bestimmung der reduzierenden Sub-

stanzen im Blut durchaus geeignet. Mit der Methode nach Bertrand waren wiederholt Mißerfolge zu verzeichnen. Die Bestimmungen wurden am vergärten und unvergärten Blut angestellt. Die aus dem unvergärten Blute erhaltenen Werte erhalten die übliche Bezeichnung Blutzucker; für die vergärbare reduzierende Substanz wird die Bezeichnung vergärbarer Zucker, oder wahrer Zucker eingeführt. Die Verff. bezeichnen als durchschnittlichen Rohrzuckergehalt 0,092%, der wahre Zuckergehalt beträgt 0,05%. Muskelarbeit, Nahrungszufuhr haben keinen Einfluß. Gesunde Erwachsene zeigen auf 100 g Traubenzuckerzufuhr eine geringe Erhöhung; sie beträgt höchtens 34%. Bei ganz verschiedenartigen pathologischen Zuständen kommt eine mehr oder weniger deutliche Erhöhung des Blutzuckergehaltes vor. Dabei besteht in sehr vielen Fällen keine Glykosurie. Durch Bestimmung des Blutzuckergehaltes lassen sich schon geringfügige Störungen des Kohlehydratstoffwechsel feststellen, diese kommen noch deutlich zum Ausdruck, wenn man die nach Belastung mit 100 g Traubenzucker etwa eintretende Steigerung des Blutzuckergehaltes bestimmt. *Guggisberg* (Bern).

Allgemeine Diagnostik:

Haupt-Bad Soden a. T.: **Temperaturbeobachtungen mittels Dauerregistrierung.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Demonstration von Temperaturkurven, die durch rectale Dauermessung mittels des elektrischen Fieberregistrierapparates von Siemens & Halske bei verschiedenen fieberhaften Erkrankungen gewonnen wurden und die Nachtdepression, Einwirkung von Salicylpräparaten u. a. m. gut demonstrieren. *von den Velden.*ᴹ

Bürker, K.-Tübingen: **Die Thoma-Zeißsche und verwandte Zählmethoden.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Die Thoma-Zeißsche und verwandte Zählmethoden geben bei Erythrocytenzählungen um etwa 7% zu hohe Werte an. Bei den Methoden, in denen die Zählkammer nicht durch Capillarität gefüllt wird, verteilen sich die roten Blutkörperchen nicht nur ungleich, sondern senken sich auch sehr rasch. Je hämoglobinreicher die Zellen, um so schnellere Senkung, daher auch die Diskrepanz zwischen Hämoglobin und Erythrocytenzahlen bei Blutveränderungen nach therapeutischer Beeinflussung. *von den Velden.*ᴹ

Roerdansz, W.: Neue Blutkörper-Zählkammer nebst Kritik über die Blutkörper-Zählmethoden. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **152**, H. 1/3, S. 81 bis 128. 1913.

Roerdansz beschreibt eine neue von ihm konstruierte Zählkammer.

Dieselbe ist im wesentlichen nach dem Prinzip der Bürkerschen Kammer konstruiert. Doch wird die Blutmischung nicht mit Hilfe der Capillarität in die Zählkammer eingesaugt, sondern man schiebt den vorher auf den Boden der Zählkammer deponierten Tropfen mit dem Deckglas auf das Zählnetz herauf. Das Deckglas ist mit einer Klammer auf seiner Unterlage festgedrückt. Die Netzeinteilung ist eine andere wie bei den bisher üblichen Apparaten, infolgedessen auch die Gleichung für die Berechnung der Blutkörperchenzahl eine etwas andere. Der Zählfehler beträgt nicht mehr als ± 2—3% des ermittelten Wertes. *H. Hirschfeld.*ᴹ

Bergel-Hohensalza: **Klinische Bedeutung der Lymphocytose.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Die Lymphocyten enthalten nach Untersuchungen von Bergel ein fettspaltendes Ferment; sie finden sich besonders bei den Krankheiten vermehrt, die durch Krankheitserreger fettartigen Charakters (Tuberkulose, Lepra, Syphilis) hervorgerufen werden, und sollen hier durch ihre lipolytischen Fähigkeiten ein Abwehrmittel bilden. Gegen eiweißartige Infektionsstoffe dagegen sollen sich die eiweißverdauenden Leukocyten richten. Dieses fettspaltende Ferment soll sich „spezifisch einstellen". Das Auftreten der Wassermannschen Reaktion im Blute bringt Vortr. mit dieser Lipolyse in Zusammenhang.

Diskussion: Turban-Davos. Die von Stäubli bei Gesunden im Hochgebirge gefundenen Lymphocytosen konnten bei Untersuchungen in T.s Laboratorium in langen Versuchsreihen bestätigt werden. Man kann darin einen unterstützenden Faktor bei der Heilkraft des Hochgebirgsklimas suchen. — Rothschild-Bad Soden. Lymphocytensputa bilden ein charakteristisches Phänomen der beginnenden Lungentuberkulose. — Schröder-Schönberg hat, von ähnlichen Gedanken wie Vortr. ausgehend, Milzbreiinjektionen bei der Behandlung experimenteller Tuberkulose vorgenommen. — Reicher-Bad Mergentheim weist darauf hin, daß er mit Neuberg und Rosenberg zuerst auf den weitgehenden Parallelismus zwischen Lipolyse einerseits und Hämolyse und

Bakteriolyse andererseits hingewiesen hat. R. konnte in weiteren Versuchen durch Injektionen verschiedener Lipoide u. a. auch des Nastins die Fettspaltungskraft des tierischen Organismus erhöhen. Auch bei der Immunisierung von Tieren gegen Erythrocyten kann man entsprechend dem Ansteigen des hämolytischen Titers eine Zunahme der lipolytischen Kraft des Serums wahrnehmen. — Bergel (Schlußwort) erinnert an die klinische Bedeutung der verminderten lipolytischen Fähigkeit des Blutes, die Hofbauer gefunden, und bezeichnet die Fälle von Tuberkulose, welche ein starkes Fettspaltungsvermögen im Serum aufwiesen als prognostisch günstig. *von den Velden.*[M]

Bonsdorff, Axel v.: Untersuchungen über die Arnethsche Methode der Bestimmung des neutrophilen Bluthildes und das neutrophile Blutbild bei Gesunden. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Suppl. Bd. **5**, S. 319—524. 1913.

Verf. bespricht die große, die Arnethsche Methode betreffende Literatur und berichtet über eine große Zahl eigener Untersuchungen. Auf Grund derselben hält er die Einteilung der neutrophilen Leukocyten in 5 Gruppen histologisch für vollkommen begründet. Die Kernlappung ist nicht das Resultat amöboider Bewegungen, da bei Anwendung der Deetjen - Weidenreichschen Agarmethode eine Beeinflussung der Kernlappung durch starke amöboide Bewegung nicht beobachtet wurde. Anstatt der ursprünglichen Arnethschen Gruppierung verwendet er eine Tabelle mit Zwischenabteilungen für solche Zellen, die an der Grenze zweier Klassen liegen. Einen guten Überblick über das neutrophile Blutbild erhielt er aus der Kernlappenzahl, d. i. die Summe der aus 100 gezählten neutrophilen Leukocyten erhaltenen Kernlappen. Zur Bestimmung der Kernlappenzahl sind gut gefärbte Präparate erforderlich, die Methode der Fixation und Färbung ist nebensächlich. Die Kernlappenzahl ist ziemlich konstant: Der mittlere Fehler betrug bei 1000 Präparaten 7,0. Die Kernlappenzahl ist bei Gesunden unabhängig von den physiologischen Tagesschwankungen der Leukocyten. Während die Zahl beim selben Individuum konstant ist, zeigt sie bei verschiedenen Individuen große Differenzen, deren Ursachen individuelle Verhältnisse oder Krankheiten sind. Bei gesunden Männern schwankte die Kernlappenzahl zwischen 303,8 und 203,4, betrug im Mittel 259,9, bei Frauen schwankte sie zwischen 269,5 und 191,5, Mittel 242,7. Bei Zutritt einer Infektionskrankheit sank die Kernlappenzahl und erreichte nach Ablauf dieselbe Höhe wie früher. Bei chronischer Lungentuberkulose schwankte die Zahl zwischen 125—285. Abgesehen von der Kernlappenzahl ist auch die Bestimmung der Kernzahlen in den einzelnen Klassen mit einer geringen Fehlerquelle möglich. Einer bestimmten Kernlappenzahl bei verschiedenen Individuen entsprach eine gleiche Verteilung innerhalb der fünf Klassen. Die Verschiebungen des neutrophilen Blutbildes verlaufen bei allen Menschen nach demselben Schema. Wenn man die Kernlappenzahlen von 300—100 auf der Abszisse aufträgt, so werden die Prozentzahlen der Zellen in den fünf Klassen durch regelmäßige Ordinatenkurven dargestellt. Die schematischen Kurven entsprechen Parabeln mit einfachen mathematischen Formeln. *Herz* (Wien).[M]

Allgemeine Therapie:

Fränkel, Ernst, und Werner Budde: Histologischc, cytologische und serologische Untersuchungen bei röntgenbestrahlten Meerschweinchen. (*Med. Poliklin., Bonn.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 4, S. 355—363. 1913.

Der Inhalt ergibt sich aus der Überschrift. Die Veränderungen der blutbildenden Organe sind abhängig von der angewandten Strahlendosis und der Bestrahlungsdauer. Stets zeigte sich primär bei den Tieren eine akute Entzündung, an die sich dann die Degenerationen anschlossen. *Thiemann* (Jena).[CH]

Saretzky, S. G.: Die Wege der gynaekologischen Röntgenbehandlung. (Arb. a. d. geburtshilfl.-gynaekol. Klin., Prof. Redlich, St. Petersburg) Bd. **1**, S. 113—140. 1913. (Russ.)

Die Aufgabe der Röntgenbehandlung in der Gynaekologie besteht in der schnellen Zusendung den tiefer gelegenen Geweben der größten Dose X-Strahlen ohne Schaden für die Haut. Die Wege dazu sind: 1. abdominaler, 2. dorsaler, 3. lateraler, 4. vulvarer, 5. vaginaler. Die

abdominalen und die dorsalen Methoden können einfeldig und mehrfeldig sein. Die Felderbestrahlung ist besonders bei Metrorrhagien jüngerer Personen zu empfehlen. Verf. betont die Notwendigkeit der quantitativen Messung der X-Strahlen im Niveau der Haut und empfiehlt warm das Kienböcksche Quantimeter. Als Filter benutzt Verf. eine 3—4 mm dicke Aluminiumplatte, die am Boden des Lambertzschen Schutzkastens angebracht wird. Zur Anämisierung der Haut wird in der unteren Öffnung des Tubus eine Ochsenblase befestigt. Besprechung verschiedener Methoden der Felderbestrahlung. Verf. bestrahlt 4 Felder. Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen die Anwendung verschiedener Methoden und Apparate.
Braude (Berlin).

Meyer, Fritz M.: Moderne Röntgentherapie mit besonderer Berücksichtigung der Oberflächentherapie. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 31, S. 1508 bis 1512. 1913.

Fortbildungsvortrag.

Gudzent und Hugel: Über den Einfluß verschieden hoher Dosen von Radiumemanation auf das Blutbild. (*Charité, Berlin.*) Radium in Biol. u. Heilk. Bd. **2,** H. 7, S. 202—214. 1913.

Als Beitrag zur Frage, in welchem Ausmaße von verschieden intensiven Radiuminhalationskuren verschiedene therapeutische Effekte zu erwarten sind, wurde das Blutbild einer Reihe von Patienten verglichen. Sie erhielten in zweistündiger Sitzung 3—5 Macheeinheiten (Gruppe I), 20—35 M.-E. (Gruppe II), 60—200 M.-E. (Gruppe III) pro l Luft. Durch die Inhalation wird bei der größeren Zahl der Patienten eine Hyperleukocytose erzeugt; sie tritt gewöhnlich schon nach den ersten Sitzungen auf und klingt schnell ab. Zwischen Gruppe I und II bestand kein Unterschied; bei Gruppe III liegen die Werte der Hyperleukocytose etwas höher, stehen aber in gar keinem Verhältnis zu dem hohen Emanationsgehalt. *Fleischmann* (Berlin).[M]

Krone: Bericht über den 4. internationalen Kongreß für Physiotherapie mit besonderer Berücksichtigung der 34. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft (Sektion I des Kongresses). 26—30. März 1913 in Berlin. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 29, S. 797—802 u. Nr. 30, S. 831—834. 1913.

Allgemeine Chirurgie:

Eisenberg, Philipp, und Marie Okolska: Untersuchungen zur Theorie der Desinfektion. (*Hyg. Inst., Jag. Univ., Krakau.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Orig. Bd. **69,** H. 4, S. 312—346. 1913.

Die Untersuchungen der Verff. gehen von den Beziehungen der Hämolyse und Bakteriolyse aus und berücksichtigen die synergistischen und antagonistischen Eigenschaften zur Desinfektion geeigneter chemischer Körper, zum Teil in Anlehnung an die Bürgischen Anschauungen über Addierung und Potenzierung der an der lebenden Zelle angreifenden chemischen Substanzen. Die meisten lipoidlöslichen Antiseptica werden in ihrer Wirksamkeit durch konzentrierte Neutralsalzlösungen gesteigert, eine Hemmung wurde bei $HgCl_2$, $KMnO_4$, Harnstoff beobachtet. Praktisch wichtig ist, daß die nachträgliche Unschädlichmachung des überschüssigen Desinfiziens infolge der Reversibilität der Verbindungen die Desinfektion vereiteln kann. Nachträglicher Zusatz des Antidots verstärkt manchmal die Desinfektionswirkung. *Sick.*[M]

Hancock, M. W.: Antiseptic surgery in a country practice. (Antiseptische Chirurgie auf dem Lande.) Nation. elect. med. assoc. quart. Bd. **4,** H. **4,** S. 307 bis 309. 1913.

Einfachheit der Details und Sparsamkeit in Zeit und Geld sind unerläßlich. Die weiten Entfernungen und die Beschaffenheit der Verkehrsmittel erfordern äußerste Einfachheit der ganzen Ausrüstung. Autor definiert die Antiseptik der Chirurgie als Bakteriopathie. Die allgemein angenommenen Lehren über das Leben der Keime muß auch der Landarzt befolgen. Carbolsäure ist heutzutage in seiner Rolle als Bactericidium von Sublimat verdrängt; dabei sind erprobte Mittel unserer Väter nicht zu verwerfen.
Mohr (Berlin).

Bainbridge, William Seaman; Spinal analgesia, development and present status of the method. (Lumbalanästhesie, Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Methode.) Pacific med. journal Bd. **56**, Nr. 3, S. 149—153. 1913.

Nach Ansicht des Verf. indiziert alles, was gegen eine Inhalationsnarkose spricht, die Spinalanalgesie. Er hat sehr häufig Cocain (500 Fälle) zur Rückenmarksanästhesie benutzt und trägt kein Bedenken, es auch jetzt noch anzuwenden. Doch verfügt er auch über Erfahrungen mit Stovain oder Tropococain. Unter 1065 Fällen beobachtete er einen Todesfall, der nach der Stovaininjektion auftrat und mit Wahrscheinlichkeit auf einen Status lymphaticus bezogen wird. Zweimal wurden nach Alypinanästhesie Atmungsstörungen beobachtet. In einem Anhang wird ein weiterer Todesfall im Anschluß an eine Stovainrückenmarksanästhesie mitgeteilt. Der Patient, ein Alkoholiker, sollte wegen einer Hernie operiert werden und erhielt 26 Minima einer 1 proz. Stovainlösung intradural. Nach einigen Augenblicken starb er ganz plötzlich, ohne die Symptome einer Stovainvergiftung geboten zu haben. Die Autopsie ergab u. a. Myokarditis, Aorteninsuffizienz, chronische Nephritis. *Läwen* (Leipzig).[CH]

Morrison, J. T. J.: The Ingleby lecture on spinal anaesthesia by tropacocaine; with a review of 1295 cases. (Der Ingleby-Vortrag über Rückenmarksanästhesie mit Tropacocain.) Brit. med. journal Nr. **2738**, S. 1305—1313. 1913.

Verf. bespricht ausführlich die Geschichte, Technik, die Physiologie, Komplikationen, Störungen usw. und berichtet über seine an 1295 Fällen gesammelten Erfahrungen. Über die Hälfte seines Materials betrifft Leisten- und Schenkelbrüche und Analfisteln und Hämorrhoiden. Der Rest verteilt sich auf Eingriffe am Bein, an den Genitalien und am Bauch. Von den 21 Todesfällen fällt nur einer der Anästhesie zur Last. (Tod 50 Minuten nach der Injektion.) In 5% der Fälle bestanden für mehrere Tage schwere Kopfschmerzen, in weiteren 10% mehr oder weniger leichte. In 7% trat Erbrechen auf. Rückenschmerzen waren selten, Augenmuskellähmungen wurden nicht beobachtet. Zweimal kam es zu schweren Atemstörungen. Dosierung nach Allgemeinzustand und Gewicht; durchschnittlich 1,2 ccm einer 5 proz. Lösung. *Kulenkampff* (Zwickau).[CH]

Reusch, W.: Ein Fall von Exitus nach Lumbalpunktion. (*Karl-Olga-Krankenh., Stuttgart.*) Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 26, S. 1041. 1913.

Bei einer Frau, die an einer parenchymatösen Nephritis litt, wurde wegen starker Kopfschmerzen eine Lumbalpunktion vorgenommen. Es stellte sich dabei heraus, daß der Lumbaldruck nicht besonders gesteigert war, 190 mm Wasser. Nach Entnahme von 13 ccm Liquor sank der Druck auf 110 mm herab, und die Lumbalpunktion wurde beendigt. Die Entnahme erfolgte ganz langsam, tropfenweise. Die Patientin äußerte nach der Punktion keinerlei Unbehagen, die Kopfschmerzen waren zunächst etwas besser. Nach 4 Stunden erfolgte, nachdem die Patientin $^1/_2$ Stunde vorher das Klosett aufgesucht hatte, plötzlich Exitus. Die Sektion ergab eine kleinapfelgroße, frische Blutung in die linke Capsula interna, das blutende Gefäß wurde nicht gefunden. Makroskopische Gefäßveränderungen im Gehirn fehlten. Starke Hypertrophie des linken Ventrikels. Beiderseits große weiße Niere. Verf. glaubt, daß die Druckherabsetzung in den Lymphscheiden, die infolge der Lumbalpunktion eintrat, die Ursache abgegeben hat dafür, daß ein schon vorher geschädigtes Gefäß leichter einreißen konnte, da der Druck in der Lymphscheide die betreffende Stelle in ihrer Festigkeit doch etwas verstärken kann. Doch gibt Reusch selbst zu, daß im vorliegenden Falle auch die Drucksteigerung bei der Defäkation mitgewirkt haben kann. *Géronne* (Wiesbaden).[M]

Crawford, H. de L., Intratracheal insufflation of ether. (Die Insufflationsnarkose mit Äther.) Dublin journal of the med. science. Bd. **135**, Nr. 498, S. 413 bis 429. 1913.

Verf. benutzt für die Insufflationsnarkose eine nach dem Elsbergschen Apparat konstruierte Vorrichtung, die er auf einem kleinen Tisch montiert hat. Zur Vorwärmung wird eine in einen Wasserbehälter eintauchende elektrische Lampe benutzt. Als Vorteile dieser Narkose bezeichnet er: die stets genügende Oxydation des Blutes,

die Herausblasung von Blut und Schleim, die ein Aspirieren verhindert, die Möglichkeit der Überdrucknarkose, die Ruhe der Narkose und das sehr seltene Erbrechen. Weiter ist bei Hals- und Kopfoperationen der Operateur nicht durch den Narkotiseur behindert. Bericht über 4 Fälle. Einmal gelang es nicht, eine genügend tiefe Narkose zu bekommen, da anscheinend der Katheter nicht tief genug eingeführt war. *Kulenkampff.*[CH]

Woker, Gertrud, Theoretisches über die Mischnarkose. Antwort auf die Erwiderung Bürgis „Über Narkotikakombinationen". Zeitschr. f. allg. Physiol. Bd. **15**, H. 1/2, S. 49—71. 1913.

Es wird zunächst versucht, einige Vorwürfe Bürgis gegen die Arbeiten G. Wokers und ihrer Mitarbeiterinnen zu entkräften. Der Zweck der Arbeiten, um die es sich handelt, war, zu zeigen, inwiefern sich ein Narkosengemisch in seiner Einwirkung auf die Zellen anders verhält als auf die einzelnen Komponenten. Von der Verf. wurde dies nachgeprüft an einzelligen Wesen, von Bürgi auch an Kaninchen. Letzterer kam zu dem Schlusse, der als Gesetz formuliert heißt: „Zwei gleichzeitig in den Organismus eingeführte Arzneien derselben Hauptgruppe führen immer dann zu einer Wirkung, die über dem Additionsergebnis der zwei Einzelwirkungen steht, wenn ihre zwei Komponenten zur zwei verschieden wirkenden Untergruppen gehören." Er meinte, daß Kombinationen der einzelnen Komponenten aus zwei verschiedenen pharmakologischen Gruppen eine Potenzierung der Wirkung hervorbrachten, wogegen bei Kombinationen aus derselben Gruppe nur eine Addition der zwei Einzelwirkungen sich einstellte. Verf. ist anderer Meinung und beweist dies durch eine große Reihe von Versuchen. Sie nimmt an, daß Wirkungssteigerungen und -schwächungen die Folge einer Löslichkeitserhöhung oder -verminderung der beteiligten Substanzen an der Plasmahaut seien. Damit werde die Löslichkeit von Sauerstoff in derselben und seine Permeabilität und damit der Grad der Erstickung — i. e. Narkose — gesteigert. Gegeneinander indifferente Stoffe beeinflussen diese Löslichkeit nicht, weshalb für diese der Gesamteffekt wie die Summe der Einzeleffekte der Komponenten ist. Sie fand, daß verwandte Körper ein Additionsverhalten zeigten, weil sie die geringsten Affinitäten zueinander haben. Auch glaubt sie, daß nicht verwandte Körper nicht immer die physikalische und chemische Tendenz haben, sich miteinander zu verbinden. Ihre Versuche sagten ihr, daß häufig einer völligen Indifferenz entsprechende Additionen der Wirkungen auftreten neben sicheren Potenzierungen und deutlichen Abschwächungen. *Weichert* (Breslau).[CH]

Sutherland, R. Tate: Some remarks on anaesthetics. (Bemerkungen über Anästhetika.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 98, S. 1057—1058. 1913.

Verf. rät, die Narkose mit Äthylchlorid einzuleiten und dann Äther weiter zu geben, da Äther weniger Gefahren biete als Chloroform. *Wiemer* (Herne).

Mansfeld, G., und Stephan Bosányi: Untersuchungen über das Wesen der Magnesiumnarkose. (*Pharmakol. Inst., Univ. Budapest.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **152**, H. 1/3. S. 75—80. 1913.

Ausgehend von der Voraussetzung, daß Magnesium dadurch auf die Gehirnzellen narkotisierend einwirke, daß es eindringe und den Kalk daraus verdränge, begannen die Verff. die Nachprüfung unter Benutzung der Tatsache, daß Calciumsalze diese Wirkung momentan aufzuheben imstande seien. Sie gingen dabei so vor, daß sie den Mg- und Ca-Gehalt der Hirnsubstanz, seine Änderung während der Narkose und nach Wiederherstellung der Funktionen durch Kalk studierten. Es schien auch interessant zu sehen, auf welche Weise die in Lipoiden unlöslichen Magnesiumsalze in das Innere der Zellen gelangen können. Als Versuchstiere wurden Kaninchen und meist Hunde verwertet. Das $MgSO_4$ wurde den Hunden in 3 proz. Lösung intravenös verabreicht, während die Kaninchen eine 25proz. Lösung subcutan erhielten. Es wurden im ganzen 24 Versuche ausgeführt. Die genauen Zahlen lehrten, daß während der $MgSO_4$-Narkose weder im Magnesia-, noch im Kalkgehalt des Gehirns auch nur die geringste Veränderung wahrzunehmen war. Es ging somit aus den Versuchen hervor, daß das Wesen der

Mg-Narkose nicht in einer Verdrängung von Kalk aus den Zellen, wie bisher angenommen, zu suchen sei. Weiterhin zeigten die Versuche, daß in tiefster Mg-Narkose auch der Mg-Gehalt des Gehirns völlig unverändert blieb, woraus zu schließen war, daß Magnesiumsalze narkotisch wirken, ohne in die Nervenzelle einzudringen. Sie nehmen an, daß $MgSO_4$ an der Plasmahaut angreift und hier solche Veränderungen hervorruft, daß eine Hemmung der Zelltätigkeit oder Narkose resultiert. *Weichert* (Breslau).[CH]

Hamburger, Elisabeth: Über die Wirkung chlorierter Narcotica auf den Eiweißumsatz. Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse. Mitteilg. 4. (*Pharmakol. Inst., Univ. Budapest.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **152,** H. 1,3, S. 56—60. 1913.

Verf. untersuchte den Eiweißzerfall nach kleinen Chloroformdosen beim normalen und thyreoidektomierten Kaninchen. Sie fand an schilddrüsenlosen Tieren absolut keine Steigerung des Eiweißzerfalls nach Chloroform. Im Anschluß an ihre Resultate der Stoffwechselversuche bei O_2-Mangel, nimmt Verf. an, daß durch chlorierte Narcotica ein O_2-Mangel nicht nur in den Nervenzellen, sondern auch in den Zellen der Organe, z. B. der Schilddrüse, erzeugt wird. Dafür sprechen schon die Verfettungen der Leber-, Herz- und Nierenzellen nach Chloroformnarkose. Es wäre nach dem Verf. der gesteigerte Eiweißzerfall nach Verabfolgung chlorierter Narcotica zurückzuführen auf eine gesteigerte Tätigkeit der Schilddrüse infolge des O_2-Mangels. *Kocher* (Bern).[CH]

Knorp, Francis F.: A useful instrument. (Ein praktisches Instrument.) Pacific med. journal Bd. **56,** Nr. 6, S. 326. 1913.

Beschreibung eines Instrumentes, mit Hilfe dessen es gut möglich ist, tief liegende blutende Stellen zur Ligatur vorzuholen, oder auch zu entfernende Gewebspartien, ohne daß man durch das Instrument am Arbeiten gestört wird. Das Instrument ist als lange Klemmzange gebaut, deren geriefte Branchen am Ende halbkreisförmig oder sichelförmig gebogen sind. Die gefaßte Gewebspartie liegt demnach in der Konkavität der Zange. *Neumann* (Heidelberg).[CH]

Lotsch, Fritz, Eine einfache Kanüle zur Punktion, Injektion und Infusion. (*Charité, Berlin.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 23, S. 908—910. 1913.

Eine Doppelkanüle zur Venaepunctio mit äußerer stumpfer und innerer spitzer Kanüle. Sie ist handlich und läßt Lufteintritt und vorzeitigen Blutaustritt auf einfachste Weise verhindern. Preis: 3,75 M. bzw. 4,25 M. für größere Kanülen (Georg Haertel, Breslau-Berlin). *Kindl* (Kladno).[CH]

Nussbaum, Adolf, Eine neue Magendarmklemme. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 24, S. 953—954. 1913.

Die Branchen der Klemme sind so konstruiert, daß sie sich beim Schließen nicht „werfen" können, wie es bei der Doyenschen Klemme leicht vorkommt. Die eine Branche ist dünn und elastisch, die andere dicker und starr und ist an ihrem Ende umgebogen. Unter diese umgebogene Partie schiebt sich beim Schluß die dünne Branche. Zwei seitliche Backen an der Umbiegung verhindern das seitliche Abgleiten der dünnen Branche. Das Instrument hat sich praktisch bewährt. *Propping* (Frankfurt a. M.).[CH]

Saar, G. Frhr. v., Über Blutleere der unteren Körperhälfte. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6,** S. 1—51. Berlin, Springer. 1913.

Das Sammelreferat unter Verwendung von 400 bekannt gewordenen Fällen gibt eine genaue Schilderung der Technik und der anatomischen Verhältnisse, welche durch gute Abbildungen illustriert wird. Unter den direkten Wirkungen des Schlauches auf die Bauchorgane ist hervorzuheben, 1. daß der Dünndarm wegen seines beweglichen Mesenteriums leicht ausweicht; das Kolon dagegen wegen seiner festen Verbindungen im auf- und absteigenden Schenkel stets getroffen wird. In 4 Fällen, bei mageren Individuen wies die Autopsie an verschiedenen Stellen des Darmes strangförmige Hämorrhagien, Strangulationsnarben oder sogar bandförmige Gangrän auf. Häufiger sind Angaben über profuse Durchfälle von Schleim und Blut als Folgen einer Darmwandschädigung oder einer mechanischen Läsion der Darmwandnerven. 2. Am uropoetischen System steht die Ureterenkompression im Vordergrund; die Nieren selbst und ihre Gefäße liegen oberhalb der Schlauchschlingen. Während der Abschnürung sistiert der Urinabfluß, doch ist auch die sekretorische Tätigkeit schon durch die Narkose sehr reduziert. Eine andauernde Schädigung der Nieren folgt nicht, wohl aber häufig eine

vorübergehende Albuminurie und Cylindrurie. In einem Falle mit Abschnürung über $^{5}/_{4}$ Stunden erfolgte der Tod an Anurie. Schon vorher bestand leichte Nephritis. Daraus ergibt sich die Forderung, bei vorher nachgewiesener Nierenschädigung vom Momburgschen Verfahren abzusehen oder dasselbe nach Möglichkeit zeitlich zu beschränken. 3. Der Vorzug der elastischen Abschnürung besteht im Verschluß der Aorta und der Vena cava vor dem dritten Lendenwirbel. Lokale Gefäßschädigung wurde beim Menschen nicht beobachtet. Neben Fällen von postoperativer Thrombophlebitis und einer Embolie in der gynaekologischen Praxis kennen wir keine Schädigung; doch empfiehlt es sich bei Varicen und Disposition zu Thrombose vorsichtig vorzugehen. 4. Nebennierenschädigungen wurden einmal beim Menschen gesehen, im Tierexperiment häufiger nachgewiesen. Sie dürfen vielleicht auch herangezogen werden zur Erklärung der nach Lösung des Schlauches plötzlichen Todesfälle im Sinne einer Insuffizienz. In dem erwähnten Falle mit tödlicher Anurie zeigten sich im Pankreas die Herde einer frischen Fettgewebsnekrose. Fernwirkungen äußern sich am Gefäßsystem und können infolge der Druckschwankungen zu primärem Herztod führen. Die physiologischen und mechanischen Faktoren und die klinischen Erscheinungen werden auf Grund der Untersuchungen von Frankl, Rimann, zur Verths und anderer vorzüglich wiedergegeben. Die Umschnürung bedingt eine Einschränkung der Atmung durch Kompression der unteren Thoraxapertur und des Zwerchfells, welches in Exstirpationsstellung gebracht wird. Das Herz wird nach oben gedreht. Beim Momburgschen Verfahren ohne Einwickeln der Beine hat das Herz nur die, dem oberen Körper entsprechende Blutmenge zu bewältigen (Anwendung in der Geburtshilfe); größer wird das zu bewegende Blutquantum und damit die an das Herz gestellte Anforderung nach Anlegen v. Esmarchscher Binden um die Beine. Eine Steigerung des Blutdruckes ist mehrfach bewiesen, sicher eine Vermehrung der Pulsfrequenz nach Lösung des Schlauches. Schlauch und Beinbinden sollen in Etappen entfernt werden. Für insuffiziente Herzen besteht in dieser Periode größere Gefahr. Klappenfehler, Herzmuskel- und Gefäßveränderungen bilden daher eine strikte Kontraindikation gegen das Momburgsche Verfahren. Zur Funktionsprüfung des Herzens wird die Methode von Katzenstein empfohlen: Kompression der Arteriae femorales. Bei der Pulskontrolle nach einer Minute darf sich keine Veränderung in Qualität und Frequenz zeigen. Das Momburgsche Verfahren erfordert wegen der Schmerzen und der reflektorischen Anspannung der Bauchmuskulatur die Narkose oder wenigstens Lumbalanästhesie; es ergibt sich aber gleichzeitig der Vorteil, daß die Narkose bei verkleinertem Kreislauf ausgeführt werden kann. In dem Kapitel „Voruntersuchung und Anwendung" wird die Indikation für und gegen das Momburgsche Verfahren ausführlich besprochen. Die elastische Abschnürung soll nicht als reguläres Blutstillungsmittel, sondern in sorgfältiger Auswahl nur aus vitaler Indikation angewandt werden. *Hotz* (Würzburg).CH

Scalone, Ignazio: Guida allo studio della infiammazione. Lez. 2. (Führer über das Studium der Entzündung. Kap. 2.) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. Nr. 22, S. 515—519. 1913.

In dieser 2. Vorlesung über die Entzündung bespricht Verf. die verschiedenen Ursachen derselben, die er folgendermaßen einteilt: Chemische, thermische, elektrische, mechanische, Ermüdung, parasitische, Fremdkörper. *Monnier* (Zürich).CH

Spielmeyer-München: **Über die anatomischen Folgen der Luftembolie im Gehirn.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

An dem Brauerschen Material von Menschen- und Tierhirnen konnte Spielmeyer in den verschiedenen Stadien die Folgen der Luftembolie im Cortex nachweisen. Die Veränderungen liegen nur in der mittleren und oberen Rinde; es handelt sich um eine durch diese Zirkulationsstörung veranlaßte isolierte Schädigung des funktionstragenden Parenchyms, nicht der gliösen Stützsubstanz, die sogar in Wucherung gerät und die Lichtungen (Ganglienzellenausfall) ausfüllt. Das klinische Bild von Krämpfen

und schneller Zurückbildung der corticalen Symptome stimmt mit diesem Befunde, die an die Verödung und perivasculäre Gliose (Alzheimer) bei Arteriosklerose kleiner Rindengefäße erinnert.

Diskussion: Turban - Davos. Die große Mehrzahl der üblen Zufälle bei Anlegung eines künstlichen Pneumothorax beruhen zweifellos auf Gasembolie. T. selbst hat bei einer N-Einblasung eine doppelseitige zwei Tage andauernde Erblindung unter Krämpfen und schweren Bewußtseinsstörungen auftreten sehen. — Schottmüller - Hamburg. Bei einer Incision in die Lunge behufs Eröffnung eines metapneumonischen Empyems entstand eine Blutung und brodelndes Rasseln in der Tiefe der Höhle. Es trat vollständige Bewußtlosigkeit, Dyspnöe und spastische Lähmung ein, nach drei Tagen Besserung, Exitus bei neuerlichem Eingriff. Sektion: Markstückgroßer Defekt beiderseits in der vorderen Zentralmündung, nirgends ein Thrombus, Embolus oder Gewebsbröckel zu entdecken. Auch hier ist wahrscheinlich Luftembolie eingetreten. — Hering - Prag äußert sich zur Nomenklatur. *von den Velden.*[M]

Brauer, L.-Hamburg: Weitere klinische und experimentelle Erfahrungen über arterielle Luftembolie. Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Zusammenfassender Bericht über klinische, tierexperimentelle und anatomische Untersuchungen zur Frage der arteriellen Luftembolie, die bei spontanen Lungenblutungen, wie bei der Thoraxchirurgie, gar nicht selten vorkämen. Viele „Aspirationstodesfälle" bei Hämoptöe erklärt Brauer als arterielle Luftembolien, die verschiedenartigste klinische Bilder „von Nichts bis zu ganz plötzlichem Tode" veranlassen können und durch die Spielmeyerschen Untersuchungen ihre gehirnanatomische Grundlage erhalten haben. Die makroskopische Sektion wird häufig nichts zeigen können. — Mit der Annahme von „Pleurareflexen" müsse man sparsam sein. *von den Velden.*[M]

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Wyeth, George A.: Gonorrhea from a pathological standpoint. (Die Gonorrhöe vom pathologischen Standpunkt.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 24, S. 1217—1221. 1913.

Der Kampf gegen die Gonorrhöe stützt sich auf die pathologischen Veränderungen, welche sie hervorruft. Auch für die Frau heißt es, erst den Sitz der Erkrankung feststellen und dann sie lokal durch antigonorrhoische Spülungen (insbesondere mit milden Protargollösungen) usw. bekämpfen. *Blanck* (Potsdam).

Broughton-Alcock, et A. Tzanck: Un cas de réaction locale précoce au cours de vaccination antigonococcique. (Ein Fall von frühzeitiger lokaler Reaktion nach antigonorrhoischer Vaccination.) (*Inst. Pasteur, et hôp. Saint-Louis.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **75**, Nr. 26, S. 54 bis 55. 1913.

Während sonst die Reaktionen nach Vaccination erst nach 4 Stunden aufzutreten pflegen, traten in vorliegendem Falle (junger Mann mit gonorrhoischer Epididymitis) die Erscheinungen schon alsbald nach der Impfung auf, trotzdem dasselbe Vaccin schon vordem von ihm und anderen Kranken reaktionslos vertragen worden war. Es bleibt unentschieden, worauf der Zufall zurückzuführen ist, jedenfalls erfolgte darauf eine rapide Besserung der Krankheit. *Blanck* (Potsdam).

Fürth, Julius, Zur Behandlung gonorrhoischer Komplikationen speziell der Epididymitis gonorrhoica, mit Elektrargol. (*Ambulat., Bezirkskrankenkasse, Wien.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. **56**, Nr. 25, S. 689—693. 1913.

Nicht nur bei akuten und älteren Fällen gonorrhoischer Epididymitis hat sich die Elektrargolbehandlung bewährt, auch in einem Falle von Gonitis gonorrh. hat sie wesentlich zur Heilung beigetragen. Die Technik ist angegeben. *Blanck* (Potsdam).

Cruveilhier, Louis: Traitement du rhumatisme blennorragique chronique, au moyen de la méthode des virus vaccins sensibilisés de Besredka. (Behandlung des chronischen Tripperrheumatismus mittels Besredkas sensibilisierter Vaccine.) (*Inst. Pasteur.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **75**, Nr. 26, S. 67—69. 1913.

Einige Fälle, in denen die angegebene Behandlung gute Erfolge zeitigte. Stets sollte, wenn die gewöhnliche Rheumatismusbehandlung versagt, insbesondere wenn

die Komplementbindungsreaktion auf Gonorrhöe positiv ausfällt, die sensibilisierte Gonokokkenvaccine in Anwendung gezogen werden. *Blanck* (Potsdam).

Ravogli, Augustus: Salvarsan versus Profeta's law. (Salvarsan gegen das Profetasche Gesetz.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 2, S. 95—97. 1913.

Vater und Mutter eines gesund geborenen Kindes, die vor der Zeugung des Kindes syphilitisch erkrankt, nach der Salvarsanbehandlung bei der Geburt des Kindes aber frei von syphilitischen Erscheinungen waren, wurden längere Zeit nach der Geburt dieses Kindes beobachtet. Der Vater blieb frei von Luessymptomen, die Mutter zeigte 8 Monate später syphilitische Plaques an der Lippe und infizierte das Kind (Primäraffekt am Kinn, frische Roseola).

„Jetzt, wo wir die Wassermannsche Reaktion und das Salvarsan anwenden können, hat das Colles-Baumessche und das Profetasche Gesetz keine Existenzberechtigung mehr.“ *Blanck* (Potsdam).

Faginoli, Antonio: Weiteres über die Thermopräcipitinreaktion bei Tuberkulose. (*Inst. f. spez. Pathol. inn. Krankh., Univ. Catania.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 27, S. 1480—1481. 1913.

Spezifische tuberkulöse Thermopräcipitine nach Ascoli sind in tuberkulösen Auswürfen nachweisbar, wenn man folgende Technik anwendet:

5—10 ccm Auswurf werden mit der doppelten Menge Chloroform durchgerührt und 3—4 Stunden bei 37° gelassen. Das Chloroform wird hierauf abgegossen und durch physiologische NaCl-Lösung ersetzt. Durch Ausschütteln mit dieser erhält man eine milchige Aufschwemmung des Sputums, die durch ein hartes Filter (Schleicher Nr. 490) filtriert und im Reagensglas auf präcipitierendes Antituberkuloseserum Vallée mit einer Capillarpipette aufgeschichtet wird. Bei positiver Reaktion tritt innerhalb 30 Minuten ein deutlicher, weißer Präcipitationsring auf.

Mit dieser Methode gaben 95 von 99 tuberkulösen, bacillenhaltigen Sputis eine positive Reaktion, 84 sogar noch in Verdünnungen auf $^1/_2$ und $^1/_5$, einige selbst in $^1/_{10}$. Von 95 nicht tuberkulösen Sputis reagierten 10 positiv, aber schwächer als die tuberkulösen, ohne daß sich jedoch scharfe Grenzen zwischen diesen Reaktionen bei Nichttuberkulösen und denen bei Tuberkulösen ziehen ließen. Hierdurch wird der differentialdiagnostische Wert der Thermopräcipitation sehr eingeschränkt. Auch in tuberkulösen Organen konnten mit der gleichen Methode spezifische präcipitierende Stoffe nachgewiesen werden. *Leschke* (Berlin).[M]

Müller, Paul Th.: Einige Versuche zur Frage nach dem Wesen der Tuberkulinreaktion. (*Hyg. Inst., Univ. Graz.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. **18**, H. 2, S. 185—206. 1913.

Der Autor stellt sich die Frage, ob man die Tuberkulinüberempfindlichkeit tuberkulöser Individuen als Anaphylaxie betrachten darf, und kommt zu dem Schlusse, daß dieser Auffassung bis jetzt die experimentelle Grundlage fehlt. Er fand zwar, daß man tuberkulöse Meerschweinchen durch 0,05—0,25 ccm Tuberkulin gegen eine tödliche, intraperitoneale Tuberkulindosis (0,5 ccm) schützen kann; die Resistenz war aber gegenüber den Kontrollen keine absolute (es überlebten von den vorbehandelten Tieren 15, von den Kontrollen 83%), und eine ähnliche, wenn auch nicht so bedeutende Steigerung der Widerstandsfähigkeit ließ sich auch mit größeren Mengen Wittepepton erzielen. Man kann daher diese Experimente nicht einfach im Sinne der Antianaphylaxie deuten. Ferner zeigen tuberkulöse Meerschweinchen nach intradermaler Injektion von Tuberkulin eine eigentümliche, als Kokardenbildung (zentrale Hamorrhagie, Quaddel, hyperämischer Hof) bezeichnete Lokalreaktion (Römer), die sich weder mit dem Friedbergerschen Anaphylatoxin, noch mit β-Iminazolyläthylamin hervorrufen läßt und auch dann nicht eintritt, wenn man Meerschweinchen mit Pferdeserum präpariert und bei ausgebildeter Überempfindlichkeit intracutan mit Antigen reinjiziert. *Doerr* (Wien).[M]

Drowatzky, Karl, und Erich Rosenberg: Erfahrungen mit Tuberkulin „Rosenbach“. (*Allgem. Krankenh., Hagen i. W.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 26, S. 1241—1245. 1913.

Beginn der Injektion mit 0,02 und allmähliche Steigerung bis 5 ccm, kurze Wieder-

gabe von Krankengeschichten über 11 Fälle von Lungen-, 2 Fälle von Urogenital- und 1 Fall von Bronchialdrüsentuberkulose. Der Erfolg war im allgemeinen ein günstiger, daneben auch in mehreren Fällen ausgesprochene Mißerfolge. Bei ganz schweren und aussichtslosen Fällen blieben die mehrere Male in kurzen Intervallen verabfolgten Injektionen in Dosen von 0,1—0,2 auf die Temperatur wirkungslos. *Harms* (Mannheim).[M]

Schürmann, W., Die verschiedenen Tuberkulinpräparate, ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 21, S. 561—568, Nr. 22, S. 601—611, Nr. 23, S. 628—633, Nr. 24, S. 650—660 u. Nr. 25, S. 679 bis 682. 1913.

Schürmann hat alles, was den jetzigen Stand der Tuberkulinfrage betrifft, in ausführlicher und kritischer Weise zusammengetragen. Für den Gynaekologen dürfte es von Interesse sein, daß sich die cutane Impfung nach Pirquet mit unverdünntem Alttuberkulin als die bequemste, diagnostische Methode empfiehlt. Für die Therapie hat sich das albumosefreie Tuberkulin der Höchster Farbwerke wegen der geringen Nebenerscheinungen auch bei ambulatorischer Behandlung bewährt. Die therapeutische Anfangsdosis richtet sich nach dem Ausfall der v. Pirquetschen Reaktion. Es wird in der Regel mit der Injektion von $^1/_{10}$ mg Tuberkulin begonnen und bei niedrigen Dosen zweimal wöchentlich, von 100—200 mg aufwärts, alle 8 Tage die Behandlung vorgenommen. Die Resultate bei Adnextuberkulose, Blasentuberkulose, tuberkulöser Peritonitis werden als günstig geschildert. Von einer wirksamen Serumtherapie sind wir nach des Verf.s Ansicht noch weit entfernt. *Weißwange* (Dresden).

Frazer, Thompson: The significance of the temperature in tuberculosis. (Die Bedeutung der Temperatur bei Tuberkulose.) Therapeut. gaz. Bd. **37,** Nr. 6, S. 381—387. 1913.

Verf. will in dieser Arbeit mit aller Energie auf die Bedeutung der Temperatur als diagnostischen und therapeutischen Faktor hinweisen. In diagnostischer Beziehung verlangt er wochenlanges, tägliches, zweistündiges Feststellen der Temperatur. Er schließt sich der Cornetschen Einteilung des Typus der Temperatur an: 1. leichte Erhebungen, 2. intermittierendes Fieber 100—102° F, 3. intermittierend oder remittierend über 102°, 4. Hypo-Hyperpyrexie (hohe Temperaturen mit Remissionen unter normal), 5. hohes Fieber mit nur leichten täglichen Veränderungen (kontinuierliches Fieber), 6. Typus inversus. An der Hand dieser Einteilung bespricht er die einzelnen Fieberformen und daran anschließend die jeweilige Behandlung. Bei leichten Fiebersteigerungen genügen einige Wochen bis Monate, um den Kranken zu heilen, indem man die Kräfte hebt und geeignete Lebensweise vorschreibt. Bei Fieber über 101° Bettruhe. Bei 100—100,5° Luftkur oder Schiffsliegekur auf bequemem Lager. Später vorsichtige Bewegung mit Beobachtung der Temperatur. Prognostisch ist Fieber von überaus großer Bedeutung. Typus inversus zeigt bevorstehende Auflösung an. Er sieht im Fieber ein außerordentlich wichtiges Symptom für die jeweilig zu treffenden therapeutischen und prognostischen Maßnahmen. *Weißwange* (Dresden).

Rotschild-Soden a. T.: **Beiträge zur Chemotherapie der Tuberkulose.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Vortr. empfiehlt zur Vernichtung der Tuberkelbacillen den Umweg über die lipolytisch wirkenden, den Fettmantel der Tuberkelbacillen zerstörenden Lymphocyten. Die Lymphocytose sei mit Pilocarpin und Jodpräparaten, am besten mit Jodoform anzuregen, das außerdem die Phagocytose zur weiteren Vernichtung der Bacilleneiweißsubstanzen günstig beeinflusse. Durch eine Kombinationstherapie von Tuberkulin, Jod und Pilocarpin habe er ermutigende Resultate erhalten.

Diskussion: Plönies-Hannover bestätigt die günstige Wirkung des Jods bei der Behandlung der Tuberkulose. Er hat einen Fall mit gänzlich schlechter Prognose durch 35 Jodoformeinspritzungen in die Lungen geheilt. Patient lebt heute noch. Störungen durch diesen Eingriff sind nicht beobachtet. Bei innerlicher Zuführung wird Jodkalium wegen der dabei auftretenden Darmstörungen schlechter vertragen, als Jodoform. — Bergel-Hohensalza (Posen) sieht in der Jodbehandlung eine Förderung der lipolytischen Fähigkeiten

der Lymphocyten den Tuberkelbacillen gegenüber, so daß diese der Phagocytose der Leukocyten dann leichter erliegen. — Rotschild - Bad Soden a. T. Schlußwort: Zwischen Tuberkulose und Thyreosen besteht vielleicht via Lymphocytose, auch nach Saathoff ein Zusammenhang. Ob die Thyreose — (Jodausschwemmung?) — als Selbstschutz des Organismus gegenüber der Tuberkulose aufzufassen ist, ist zu erwägen. Intravenöse Jodoforminjektionen von 0,1—0,15 g in ätherischer Lösung werden gut vertragen, sind jedoch wegen der Unbeständigkeit des Jodoforms mit Schwierigkeiten verknüpft. *von den Velden.*M

Hammer, Carl-Heidelberg: **Die serologische Diagnose der Tuberkulose.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Da alle spezifischen Tuberkulosediagnostica nur die Tuberkuloseinfektion, aber nicht Art und Ausdehnung der Tuberkuloseerkrankung angeben, hat Hammer in Analogie zur v. Dungernschen Carcinomdiagnostik eine Komplementbindungsreaktion versucht und sich aus fungösen Kniegelenkgranulationen einen mit Alttuberkulin gemischten Acetonextrakt hergestellt. Für die Diagnose der Tuberkuloseinfektion des Rindes hat sich ihm die Komplementablenkung als sicheres Hilfsmittel bewährt; er glaubt aber auf Grund seiner Untersuchungen an 345 menschlichen Tuberkulösen mit der Methode auch die inaktive von der aktiven, behandlungsbedürftigen Tuberkulose trennen zu können.

Diskussion: Strubell - Dresden verteidigt die von Hammer angegriffene Opsoninmethode; wenn auch Schwankungen des Index vorkommen, die zu Fehlern der Beurteilung des Resultates führen können, so liefert die Untersuchungsmethode doch sichere Resultate, wenn man diesen Fehler durch mehrmalige Bestimmungen des Index vermindert.

*von den Velden.*M

Henry, E. C., Tetanus, three cases with recovery. (Tetanus. 3 Fälle geheilt.) Med. council Bd. 18, Nr. 5, S. 166—169. 1913.

Die Erreger des Tetanus, die Bacillen, bleiben an der Wunde, ihre Exotoxine (unter ihnen das uns bekannte Tetanospasmin und Tetanolysin) schädigen den Körper. Durch die Lymphbahnen wird ersteres auf Gehirn und Rückenmark überführt. Ist die Blutbahn frei, so hat intravenöse Injektion von Antitetanusserum keinen Zweck. Nur das Tetanolysin schädigt die roten Blutkörperchen und erzeugt die Anämie der chronischen und geheilten Fälle. Charakteristisch ist der Muskelkrampf, beginnend bei der Kinnlade, übergehend auf Rücken und Beine, selten auf Arme, bis Opisthotonus eintritt. Schluckbeschwerden basieren auf Beteiligung der Pharynx- und Larynxmuskeln. Fieber fehlt oft. Der Tod tritt ein durch Asphyxie, Zwerchfellkrampf, Herzlähmung, Erschöpfung oder Hyperpyrexie. — Die Behandlung umschließt die Prophylaxe (Vorsicht bei Impfungen und Antidiphtherieserum!). Wunden sollen mit Sauerstoff abgebenden Lösungen (Wasserstoffsuperoxyd, Kaliumpermanganat usw.) behandelt werden. 20 ccm Antitetanusserum sollen 2 mal im Abstand von 5 Tagen bei verdächtigen Fällen gegeben werden. Ist die Krankheit ausgebrochen, so ist die Eintrittsstelle der Keime breit zu eröffnen, 20 ccm Serum dort zu injizieren, ebenso in den Gehirnventrikel oder Rückenmarkskanal. Gegen die Spasmen werden 20 ccm einer 20 proz. Magnesiumsulfatlösung subcutan injiziert, und das alle 4—6 Sunden wiederholt. — Bericht über drei geheilte Fälle. *Mohr* (Berlin).

Allgemeines über Geschwülste:

Rohr, A.: Ursache und Zweck der Krebsgeschwulst? Rundschreiben an die sächsische Ärzteschaft vom 30. April 1913. Bautzen 1913: Müller, 19 S.

Polemik.

Wood, Francis Carter: The problem of cancer. (Das Krebsproblem.) (Med. soc. of the county of New York, meet. 24. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 120—123. 1913.

Das Krebsproblem muß von verschiedenen Seiten angefaßt werden, von der rein klinischen Seite, von der experimentell-pathologischen und von der allgemein biologischen Seite. Bewiesen ist, daß das Carcinom bei Tieren nicht ansteckend ist, daß das Carcinom bei Tieren nicht durch Parasiten hervorgebracht wird, daß die Morpho-

logie des Krebses durch eine lange Serie von Weiterimpfungen immer dieselbe bleibt, daß bei der Transplantation des Krebses von einem Tier zum anderen der neue Tumor einzig und allein von den transplantierten Zellen erzeugt wird, daß gelegentlich im Verlaufe einer Krebstransplantation eine sarkomatöse Entartung in den bindegewebigen Elementen eintreten kann, daß die mikroskopische Struktur eines Tumors keine Sicherheit für seine Malignität gewährt, daß Tiere derselben Spezies unter verschiedenen Verhältnissen auch verschiedene Empfindlichkeit gegen Inokulation zeigen, daß es unmöglich ist, von einer Tierspezies auf eine andere Tumoren zu überimpfen, daß offenbar keinerlei allgemeine Immunitätsreaktion gegen Krebs in den Körperflüssigkeiten erzeugt wird, und schließlich, daß autolytische Produkte oder Preßsäfte von Tumoren keinerlei Immunität gegen Krebs beim Tiere bewirken können. *Klein.*

Petridis, Pavlos Ar.: Über Serodiagnostik der Geschwülste nach v. Dungern. (*Chirurg. Univ.-Klin. u. Inst. f. Krebsforsch., Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 24, S. 1318—1319. 1913.

Vergleichende Untersuchungen mit der älteren und der neueren Modifikation der v. Dungerschen Reaktion. Die neuere Methode, bei der die Sera mit NaOH zusammen auf 54° C erwärmt und abgestuft mit einer bestimmten gleichbleibenden Extraktdose 0,8 ccm geprüft wurden, ist einfacher und scheint spezifischere Resultate zu geben. Unter den anderen Krankheiten, die ebenfalls eine positive Reaktion geben können, nimmt die chirurgische Tuberkulose die 1. Stelle ein. Von 11 Fällen chirurgischer Tuberkulose haben 3 positiv reagiert. Bei bösartigen Geschwülsten fiel die Reaktion in 81,2% positiv aus, bei anderen Krankheiten in 15,7%. *Stammler* (Hamburg).CH

Mariconda, Paolo, Sui rapporti tra stafilococco aureo e tumore maligno. (Gegenseitige Beeinflussung von Staphylococcus aureus und malignem Tumor.) (*Istit. di anat. patol., univ. Roma.*) Policlinico, Sez. prat. Jg. **20**, Nr. 24, S. 841 bis 842. 1913.

Verf. beobachtete an Ratten das Wachstum von implantierten Sarkomen an gesunden Tieren, und solchen die mit Staphylokokkenkulturen infiziert worden waren. Es stellte sich heraus, daß bei den letzteren die Tumoren kleiner blieben und ulcerierten und die Tiere schon nach ca. 10 Tagen starben. Der Staphylokokkus hindert demnach das Wachstum des Tumors, da der infizierte Körper einen Locus minoris resistentiae darstellt. Vielleicht übt auch das Serum auf den Tumor im Sinne der Involution. *Naegeli* (Zürich).CH

Biach, Paul, und Oskar Weltmann: Über den wachstumshemmenden Einfluß der Milz auf das Rattensarkom. (*IV. med. Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 27, S. 1115—1118. 1913.

Impften Verff. Sarkombrei mit Milzbrei vermischt, so konnten sie einen hemmenden Einfluß des Milzgewebes auf die Entwicklung der Tumoren beobachten. Die Milz von Sarkomratten zeigte diesen Einfluß in stärkerem Grade als die Milz normaler Tiere. Durch die Injektion des Milzbreis wird die Immunität des Körpers, welche nach der Resorption von Tumorzellen auftritt, in erheblichem Grade gesteigert. Die Tiere, welche nach der Impfung von Tumor-Milzbrei refraktär bleiben, konnten durch eine erneute Impfung nicht mehr zur Entwicklung von Tumoren gebracht werden. Welche Rolle die Milz bei allen diesen Vorgängen spielt, ist noch aufzuklären. Es können die natürlichen Schutzkräfte des Körpers durch den Milzbrei verstärkt werden oder sie kann durch fermentative Einflüsse zerstörend auf die Tumorzellen wirken. Zweifellos aber wird durch die Injektion der Milz auch in der Ratte eine Allgemeinreaktion ausgelöst, die als eine Steigerung der durch Tumorzellen bewirkten immunisatorischen Vorgänge aufzufassen ist. *Carl Lewin* (Berlin).M

Netolitzky, F.: Kieselsäure und Carcinom. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 27, S. 1659—1661. 1913.

Erörtert die Möglichkeit, daß zwischen Kieselsäurestoffwechsel und Carcinomentstehung Beziehungen bestehen können. *Carl Lewin* (Berlin).M

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Martin, A.: Wilhelm Alexander Freund zum 80. Geburtstag! Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 2, S. 125—127. 1913.

Joseph, Lord Lister 1827—1912. Brit. journal of surg. Bd. **1**, Nr. 1, S. 3. 1913.

Rist: Chlorose des jeunes filles; oligosidérémie des jeunes enfants. (Chlorose junger Mädchen; mangelhafter Eisengehalt des Blutes bei kleinen Kindern.) (*Hôp. d. enf.-mal.*) Pédiatrie prat. Jg. **11**, Nr. 15, S. 262—267. 1913.

Die Chlorose der jungen Mädchen zeigt mit den Anämien der kleinen Kinder bei Lues, Ernährungsstörungen nach Zwillingsgeburten, in Klinik und Blutbefund weite Übereinstimmung. Wie diese Anämien der Kinder besonders in Erscheinung treten bei einseitiger Milchernährung infolge Erschöpfung der angeborenen Eisendepots, so mag die Chlorose bedingt sein durch ein Überschreiten physiologischer Grenzen solcher leichten Anämien, die in den Pubertätsjahren bei den Mädchen entstehen durch Aufspeicherung des Eisens in der Leber, das sie später während der Schwangerschaft an die Frucht abgeben. *Risel* (Leipzig).[K]

Robinson, Amy: The causes of diseases peculiar to women. (Die Gründe von den Frauen eigentümlichen Krankheiten.) Nation. elect. med. assoc. quart. Bd. **4**, Nr. 4, S. 334—335. 1913.

Manche Autoren begründen eine Reihe von den Frauen eigentümlichen Krankheiten mit den Beziehungen des Uterus und seiner Anhänge zu der Bauchhöhle und der direkten Verbindung der Außenwelt mit dem Peritoneum durch die Tube. Autor sieht jedoch mit Ausnahme der infektiösen Fälle in Vererbung und mangelhafter Hygiene der Erziehung die Ursache jener Krankheiten. Unter vererbten Krankheiten sind hervorzuheben Tuberkulose, maligne Prozesse, Syphilis, Pocken, Masern und Scharlach, die schon im intrauterinen Leben ihre Schädigungen entwickeln. Arme Frauen leiden weniger unter den Krankheiten, die die neuropathischen Angehörigen der höheren Stände sehr mitnehmen. Im Pubertätsalter wird mehr auf Erzielung einer „guten Bildung“ als auf Hygiene gesehen. Überarbeitung führt zu Störungen in der Monatsregel, Sterilität, Fehlen von Geschlechtsempfinden und Abneigung gegenüber der Ehe. Besonders zu beaufsichtigen ist die Tätigkeit der Därme und der Blase. Unverheiratete Frauen fallen andern Krankheiten anheim, nachdem sie den Gefahren von Ehe, Schwangerschaft und Entbindung entgangen. Häufig tritt bei ihnen myomatöse Veränderung des Uterus ein, die Eierstöcke werden cirrhotisch und schmerzhaft. Anämie, Neurasthenie und Menstruationsstörungen folgen. Funktionsstörungen des Nervensystems und der Menstruationsorgane werden eben durch Ehe und Geburt günstig beeinflußt. Verbrechen gegen das keimende Leben und Geschlechtskrankheiten stellen auch eine große Zahl der den Frauen eigentümlichen Krankheiten. *Mohr* (Berlin).

● **Kühn, Wilh.: Neues medizinisches Fremdwörterbuch für Schwestern, Samariter, Heilgehilfen, Krankenpfleger und gebildete Leserkreise. 3. bedeut. verm. u. verb. Aufl.** Leipzig: Krüger & Co. 1913. II, 124 S. M. 1.50.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Kurz, Lena: Esthiomène, or lupus vulvae. A historical pathological, and clinical study, with analysis of six cases from the General hospital, Birmingham, and ten micro-photographs. (Esthiomène oder Lupus vulvae. Eine historisch-pathologische und klinische Studie, nebst Mitteilung von 6 Fällen aus dem Allgemeinen Krankenhause Birmingham und 10 Mikrophotographien.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23**, Nr. 6, S. **353** bis 388. 1913

Der Ausdruck Esthiomène findet sich zuerst bei französischen Schriftstellern des

19. Jahrhunderts, später meist falsch verstanden und angewandt, bezeichnet er (*ἐσθίω* = ich esse) einen hypertrophischen Prozeß mit Ulcerationen und ist tertiär luetischen Ursprungs. Tuberkulöse und andere Erkrankungen der Vulva darf man daher nicht mit Esthiomène bezeichnen. Die mikroskopischen Untersuchungen zeigen deutlich das Bild eines luetischen Gumma. Infolgedessen ist die Therapie gegeben. In den mitgeteilten 6 Fällen ergab die Anamnese jedesmal Lues. *Wiemer* (Herne).

Rothe, Hermann, Ist beim Vaginismus eine blutige Erweiterung notwendig? Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 479—486. 1913.

Autor hält mit Stekel und Walthard den Vaginismus für eine Abwehrbewegungskombination, ausgelöst durch eine Phobie, also einen psychischen Reflex, will aber nicht auf die allerdings unblutige Durchtrennung des Constrictor cunni verzichten. Psychische Beeinflussung ist nötig. Nach der in Narkose mit 2 Fingern vorgenommenen Dehnung müssen die Patientinnen zweimal täglich einen dick mit 10 proz. Cocainsalbe bestrichenen Wattestab für 10 Minuten und dann ein Dilatatorium einführen, beginnend mit 20—24 mm. Das jeweils dickste bleibt 1 Stunde liegen. Poliertes Holz oder Hartgummi eignet sich am besten zu Dilatatorien. Bei der Einführung ist die Mitwirkung der Bauchpresse als des Antagonisten der krampfhaft tätigen Muskeln zu empfehlen. *Mohr* (Berlin).

Dalché, Considérations pratiques sur les injections vaginales en gynécologie. (Praktische Betrachtungen über Vaginalspülungen in der Gynaekologie.) (*Hôtel-Dieu.*) Clinique, (Paris) Jg. 8, Nr. 23, S. 354—357. 1913.

Klinischer Vortrag über Vaginalspülungen, die bei den meisten gynaekologischen Erkrankungen gute Dienste leisten sollen. *Wiemer* (Herne).

Uterus:

Lo Cascio, Gerolamo: Sopra alcune particolarità di fine struttura dell'endometrio di alcuni mammiferi. (Strukturdetails im Endometrium einiger Säugetiere.) (*Istit. di anat. uman. norm., Univ. di Palermo.*) Anat. Anz. Bd. **44**, Nr. 10, S. 197—202. 1913.

Bei Fixierung der ruhenden Uterusschleimhaut von Kaninchen, Meerschweinchen und Hündinnen wurden die üblichen Gemische der Osmiumsäure verwandt, zur Darstellung der Lipoide die Färbemethode von Ciaccio, zum Studium der Mitochondrien die Vorschriften von Regaud und da Luna. — Die Lipoidkörnchen fanden sich am reichlichsten in den Oberflächen und in den Drüsenepithelien bei der Hündin, in größerer Zahl nach dem freien Rand zu als an der Zellbasis; außerdem konnten sie im Cavum uteri und in den Drüsenlumina, in seltenen Fällen an den Polen der Bindegewebskerne nachgewiesen werden. — Mitochondrien fanden sich, vorwiegend in Körnchenform, in den Oberflächen und in den Epithelzellen der Drüsen nahe an deren Mündung, in den Tiefen der Drüsen als Stäbchenbündel, die, an der Zellbasis geschlossen, sich gegen den freien Rand der Zelle hin öffnen, in den glatten Muskelfasern des Myometrium als konusbildende feine Körnchen an den Kernpolen. Die Stiftchenzellen, die Verf. nur im Epithel der Hündin nachweisen konnte, zeigen Chondriosomen oder Mitochondrien in weit spärlicherer Zahl. Für einen aktiven Anteil des mitochondrischen Apparates an der Sekretion des Endometriums fanden sich keine Anhaltspunkte. *Weishaupt.*

Sudakoff, J. W.: Blutgefäße der senilen Gebärmutter. Arb. a. d. geburtshilfl.-gynaekol. Klni., Prof. Redlich, St. Petersburg Bd. **1**, S. 69—82. 1913. (Russ.)

Untersuchung von 15 Uteri von Multiparen, die nicht an Genitalleiden gestorben sind und die mindestens 1 Jahr im Klimakterium waren. Alter der Frauen 46—82 Jahre. Einbetten in Formalin. Färbung zum Teil mit Hämatoxylin-Eosin, zum größten Teil aber mit Weigert, Hämatoxilin. — van Gieson.

Bemerkenswert an den Präparaten war: Erweiterung, ja sogar Klaffen der Blutgefäße, besonders bei älteren Frauen, was Folge des Schwundes muskulärer Elemente ist. Wenn die muskulären Elemente durch bindegewebige ersetzt werden, kommt es zur Verengerung des Lumens bis zur vollständigen Obliteration. Beim Ersatz durch

elastische Elemente geschieht die Obliteration viel langsamer. Längsverlaufende Muskelfasern, die polsterartige Erhebungen (nach Bucura) im Gefäßlumen bilden, fanden sich mehrmals. Charakteristisch ist das Vorwiegen der elastischen Elemente in den alten Uteri. Selten fanden sich in den Gefäßen Kalkablagerungen und Nekrosen in der Muscularis. Mehrmals fand sich ein Gefäß konzentrisch im Lumen des anderen, was nicht verwechselt werden darf mit der Ablösung des Gefäßes von der Umgebung und nach Goodal durch Bildung neuer Gefäße im Lumen alter erklärt wird. *Braude.*

Bland-Sutton, Sir John: On a case of adenomyoma of the uterus involving the rectum. (Ein Fall von Adenomyom des Uterus mit Übergreifen auf das Rectum.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23**, Nr. 6, S. 402—403. 1913.

35 jährige I p. Menorrhagien, Schmerzen im Becken und Stuhlbeschwerden. Uterusfundus am Beckenboden adhärent. Per rectum ein golfballgroßer Tumor zu fühlen, der als subseröses Myom aufgefaßt wird. Laparotomie, subtotale Hysterektomie. Der Tumor ist fest mit dem Rectum verwachsen, läßt sich aber ohne Eröffnung desselben ablösen. Mikroskopische Untersuchung ergibt Adenomyom.

Pathogenetisch sieht Verf. als Ursache einen entzündlichen Vorgang des Endometrium an. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Nicolsky: Polypes et fibromessous-muqueux. Évolution clinique des fibromes utérins. (Polypen und submuköse Fibrome. Über die klinischen Erscheinungen der Uterusmyomen.) Médecin pratic Jg. 9, Nr. 13, S. 197—200. 1913.

Allgemeine Bemerkungen über Uterusmyome. Ohne Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Roziès, H., et M. Arrivat, Traitement du cancer du col utérin inopérable. (État actuel de la question.) (Behandlung des inoperablen Cervicalkrebses.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 70, S. 1141—1150. 1913.

Übersicht der bisher befolgten Methoden. I. Chirurgische. Atrophierende Ligaturen und die wegen der Blutung gefährdende hohe Amputation des Collum zeigten keinen Erfolg. Ebensowenig interstitielle Injektionen mit Pyoktanin, Alkohol und Anästheticis. Bloß palliativ wirken Irrigationen und Tamponaden mit Adstringentien. Empfehlenswert sind Joddämpfe (Gitterspekula, Beckenhochlagerung) und energische Curettage in Narkose gefolgt von Verschorfung mit dem Paquelin. Zu Kauterisation werden verwandt chemische Ätzmittel, der dunkelrot erhitzte Galvano- oder Thermokauter, Kälteapparate, heiße Luft (400—500°) die Fulguration mit Hochfrequenzströmen und die Radiumtherapie. Letztere hat unter Filterverwendung (Aluminium, Silber) durch Verminderung von Ausfluß und Schmerz sowie der Infiltration Erleichterung, Operationsmöglichkeit, manchmal Heilung geschaffen. II. Medizinische. An Arzneimitteln wurden Arsen, dem man teils Hebung des Allgemeinbefindens und Stimulierung des Leukocytenabwehrapparates, teils spezifische Wirkung zuschrieb (Liquor Fowleri, Soda-Arsenik, Soda-Kakodylat, Aloxylat, hohe Dosen!), ferner Chlorate, Chinin, Ochsenserum, Tierpigment, Cholesterin versucht. Der Erfolg ist gering. Mit Fermenten (Glykolyten, Trypsin, Leberextrakten) suchte man die empfindlichen Krebszellen durch Diastase zu schädigen. Da die Wegnahme von inneren Sekretionsdrüsen (Thymus, Thyreoidea, Hoden) Empfänglichkeit für Krebs steigern soll, versuchte man Immunisierung mit den Extrakten dieser Drüsen. Beide Systeme versprechen wenig Erfolg. Bei ersterem ist die interstitielle Injektion gefährlich. In der Serotherapie verwandte man Sera von Micrococcus neoformans (Doyen), Nectria diltissima (Bra), Kankroin (Adamkiewickz), Sera immunisierter Tiere unter Benutzung der Krebszelle als Antigen und solche, die aus dem eigenen Neoplasma des Kranken gewonnen wurden. Serumtherapie wie auch Vaccinetherapie mit Emulsionen der Tumoren versprechen für die Zukunft viel, wenig die Toxinotherapie (Vaccine aus Substanzen, die nur unter pathologischen Verhältnissen im Körper gefunden, z. B. bei Infektion, Fieber). Die zu Kongestion und Resorption von Tierkrebsen führende Wirkung metallischer Verbindungen wurde in Form der Kuprase (Colloid-Kupfer) bei Menschen erprobt, jedoch ohne großen Erfolg. Wechselnde Erfolge zeigten intravenöse Injektionen mit kolloidalem Elektroselen (Wassermann), das durch seine die Phagocytose fördernde Wirkung Schmerz und Allgemeinbefinden günstig beeinflussen, die Tumormassen verkleinern und aufsaugen soll. — In der symptomatischen Behandlung des Krebses sucht man den Blutungen und fötiden Ausflüssen entgegenzutreten (s. oben, außerdem Behebung der Beckenstauungen durch Purgantia), die Kachexie aufzuhalten (Tonika und appetitreizende Mittel), die heftigen Schmerzen einzuschränken (Pantopon!). *Mohr* (Berlin).

Weibel, W.: Die klinische Stellung des Carcinoma corporis uteri. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 1, S. 135—172. 1913.

Das Korpuscarcinom ist relativ selten: an den von Wertheim seit 1898 geleiteten Insti-

tuten wurden während 14 Jahren nur 67 Korpuscarcinome operiert, 2 solche Fälle waren inoperabel und einer lehnte die vorgeschlagene Operation ab. Das sind 70 Korpuscarcinome gegenüber etwa 1500 Kollumcarcinomen, von denen 714 operiert werden konnten. Das Verhältnis zwischen Korpus- und Kollumcarcinom beträgt also 5 : 100 und wenn man nur die operierten Carcinome zählt $9^1/_2$: 100. Die Operabilität der Korpuscarcinome ist eine sehr hohe, sie beträgt 97 %. Unter den Symptomen stehen an ersten Stelle die Blutungen. Die primäre Mortalität betrug $10^1/_2$ %. 24 % waren niemals schwanger gewesen; es scheint also unter den Korpuscarcinomen auffallend viele Multiparae zu geben. Der durchgreifendste Unterschied zwischen Korpus- und Kollumcarcinom liegt in der Ausbreitung auf die Parametrien; während in 55 % von Kollumcarcinom der Krebs auf die Parametrien übergreift, kommt dies beim Korpuscarcinom in 16 % vor, während sie beim Kollumcarcinom in 25 % gefunden werden. Unter den erwähnten 67 Korpuscarcinomen kamen 20 mal nach der Operation Rezidive vor und zwar meist lokal. Die Dauerheilungen betrugen je nach der Berechnung zwischen 51,2 % und 60 %. Als Operationsmethode kommt vor allen Dingen, besonders auch wegen der in 16 % der Fälle vorkommenden Drüsenmetastasen die erweiterte, abdominale Radikaloperation in Betracht. *Klein* (Straßburg i. E.).

Calderini, G.: Nuova contribuzione allo studio della coincidenza della mola vescicolare colla degenerazione cistica delle ovaje e del corio-deciduoma. (Neuer Beitrag zur Kenntnis des Zusammentreffens von Blasenmole mit cystischer Degeneration der Ovarien und mit Chorionepitheliom.) (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. 18, Nr. 7, S. 97—99. 1913.

Seinen bereits früher publizierten 3 Fällen des obigen Krankheitssymptoms fügt Verf. einen vierten an:

III p., normale Schwangerschaften. Abort mens. V einer Blasenmole, leichte Albuminurie. Wegen andauernder Blutung Austastung des Uteruscavum und Entfernung einiger Molenreste. Keine Lues, Wassermann negativ. Entlassung nach 7 Tagen mit negativem Adnexbefund. Nach 6 Wochen Wiederaufnahme wegen andauernder Blutung. Uterus groß, Cervicalkanal geöffnet. Verdacht auf Chorionepitheliom. Laparotomie. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe, cystische Degeneration der Ovarien. Normaler Verlauf, Heilung per primam. In der linken Uterusecke ein cystischer Tumor, der die Uteruswand bis gegen 2 cm unterhalb des Peritoneum durchdringt und als Chorionepitheliom festgestellt wird. Die Ovarialcysten mit dünnflüssigem, leicht gelblichem Inhalt erfüllt. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Vautrin: Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale. (Betrachtungen über die cystischen Tumoren des Uterus kongenitalen Ursprungs.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Jg. 40, (H. 6), S. 352—371. 1913.

Verf. bespricht die Entstehung der kongenitalen cystischen Tumoren des Uterus, die selten sind. Meist sind sie abzuleiten vom Wolffschen Gange, einige dürften jedoch auch dem histologischen Befunde nach auf Anomalien bei der Entwicklung der Müllerschen Gänge zurückzuführen sein. Ihr Lieblingssitz ist die Gegend des Os internum uteri, wo sie mitten in der Wand sitzen und dann später meist die Mucosa vorwölben. Dieser bevorzugte Sitz ist auch entwicklungsgeschichtlich zu erklären, da an der engsten Stelle des Uterus, der Übergangsstelle der Cervix in das Corpus, die verschiedenen Gänge am nahesten aneinanderliegen und so leicht Anomalien entstehen können. Eine weitere Beachtung mit genauer Untersuchung dieser noch nicht ausgiebig genug studierten Geschwülste dürfte noch manches Interessante ergeben. Er führt 2 eigene Fälle an. *Bretz* (Bonn).

Delmotte, Deux cas d'incarcération de pessaires hystérophores. (Zwei Fälle von Incarceration von Hysterophoren.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. 52 (H. 5), S. 166—168. 1913.

Hysterophore nach Cutter, von denen eines von einer 68jährigen Frau über 30 Jahre getragen worden war; faustgroßer Prolaps, das Pessar in der Cervix eingewachsen, wird durch seitliche Incision entfernt. Ähnlich der 2. Fall, der das Pessar aber erst 24 Stunden getragen hat; das Pessar war auch in die Cervix geglitten und dort festgehalten. *Mathes* (Graz).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Lécaillon, A.: Sur la différenciation, en ovules définitifs et en cellules vitellogènes, des oocytes contenus dans l'ovaire des collemboles. (Première réponse à MM. Willem et de Winter.) (Über die Differenzierung der Oocyten im

Ovarium der Collembolen in definitive Eizellen und in vitellogene Zellen. (Erste Antwort an Willem und v. Winter.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 75, Nr. 26, S. 55—57. 1913.

Lécaillon hat in einer früheren Arbeit die Entwicklung des Ovariums der Collembolen, einer Unterordnung der flügellosen Urinsekten, und seiner Zellelemente ausführlich beschrieben. Er hatte eigentliche Eizellen und vitellogene Zellen gefunden; die vitellogenen Zellen bereiten die Nährstoffe für die definitiven Eizellen und lösen sich noch vor deren vollendeter Ausreifung völlig auf. Schon damals hat sich L. gegen die von Willem über die Oogenese der niederen Insekten aufgestellten Theorien ausgesprochen. In neuester Zeit hat nun de Winter, ein Schüler Willems, für die verschiedene Differenzierung der Oocyten ihre Nähe zum Blutstrom, die Gunst oder Ungunst ihrer Ernährung, verantwortlich gemacht, eine Hypothese, die Verf. auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und mit dem Hinweis auf die Abbildungen, die Willem und de Winter ihren Ausführungen beigegeben haben, bekämpft. Charakteristische, cytologische Verschiedenheiten sollen sich außerdem bereits in einem viel früheren Entwicklungsstadium der beiden Zellarten finden — bald nach dem Synapsisstadium — als es die beiden Autoren beobachtet haben. *Weishaupt* (Berlin).

Meyer, Robert: Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation. (Ein Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie des Ovariums.) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 1, S. 1—19. 1913.

Das Verhalten des Follikels wird von Anbeginn durch das Schicksal der Eizelle geleitet. Infolge der Eireifung wandelt sich der Primordialfollikel in den Graafschen Follikel, gruppieren sich die Thekazellen um das Granulosaepithel. Eine abortive Eireifung ist bei älteren Föten und kleinen Kindern zu beobachten. Die monatliche Befruchtungsreife eines Eies und die Befruchtung einer Eizelle bewirkt die Reifungshemmung der anderen reifenden Eier und Follikelatresie. Waren viele Eier im Reifestadium, so entsteht, durch die einsetzende Sekretion des Granulosaepithels, kleincystische Degeneration des Ovariums. Dem Ausstoßen des reifen Eies folgt die Bildung des Luteinzellensaumes aus dem Granulosaepithel. Die Stadien der Proliferation, der Vascularisation, der Blüte und der Rückbildung des Corpus luteum gehen mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut parallel; und zwar fällt die Blüte oder die beginnende Rückbildung zusammen mit der Menstruation. Die fettige Degeneration der Luteinzellen tritt bei dem Corpus luteum graviditatis meist erst am Ende der Gravidität auf; außerdem enthält es meist größere Mengen an Kolloid und an Kalk als das Corpus luteum menstruationis. Morphologisch ist es durch ein starkes Bindegewebsgerüst ohne hyaline Umwandlung und durch Verstärkung der Gefäßwände frühzeitig charakterisiert. — Der Eintritt einer Menstruation bezeichnet den spätesten Termin für den Tod der Eizelle der voraufgegangenen Ovulation. —R. Meyer sah abortive Corpora lutea, Rückbildung in Stadien unvollständiger Entwicklung, für die er die Ursache in einem vorzeitigen Eitod sieht. Außerdem beobachtete er „partielle akzessorische Luteinsaumbildung" an Wandteilen cystisch atresierender Follikel auf fast gleicher Ausbildungsstufe wie ein im gleichen oder im anderen Ovarium vorhandenes normales Corpus luteum. Diese partielle akzessorische Luteinsaumbildung fand sich sowohl bei Gravidität wie ohne dieselbe; sie wird möglicherweise durch Fernwirkung vom Ei des normalen Corpus luteum hervorgerufen. Wahrscheinlich kann eine einzige lebende Eizelle sogar völlig doppelte Corpus-luteum-Bildung bewirken (zwei Corpora lutea bei Gravidität). — Als weitere Anomalie der Epithelluteinzellen wird ihre teilweise Persistenz in atresierenden Follikeln während der Schwangerschaft hervorgehoben, die ebenso wie die Hyperplasie der Thekazellen auf einen luteinspeichernden Einfluß des befruchteten Eies zurückgeführt wird, der sich bei Blasenmole und Chorionepitheliom noch weiterhin steigert. Im letzteren Fall ist die Ursache dann nicht in dem Ei, sondern in dem pathologisch veränderten Chorionepithel zu suchen. *Weishaupt.*

Dutoit, A.: The ovarian hormones in their relations to various skin-diseases. (Die Hormone der Ovarien in ihren Beziehungen zu verschiedenen Hautkrankheiten.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 2, S. 159 bis 165. 1913.

Gedrängte Übersicht. Erwähnt sei nur, daß drei verschiedene Arten von Keimdrüsenhormonen angenommen und erörtert werden: solche, die die Ovulation und Menstruation regulieren, solche, denen die Ernährung des Gesamtgenitales untersteht, und solche, die in Beziehung zu anderen Hormonen und Organen mit innerer Sekretion treten. Ein breiter Raum in der Darstellung wird der durch M. Imchanitzky-Ries und J. Ries studierten arsenspeichernden Fähigkeit der Uterusschleimhaut und uterinen Drüsen, den Beziehungen dieser Befunde zur Menstruation, zur Ernährung der Haut, Haare und Nägel und der Diskussion eines Zusammenhanges zwischen Störungen dieser arsenspeichernden Fähigkeit und Hauterkrankungen gewährt. Schließlich sei noch der kasuistischen Mitteilungen über Hautkrankheiten Erwähnung getan, die in bestimmten Phasen des Sexuallebens, während der Pubertät, der — besonders ersten — Menstruation, der Gravidität, des Klimakteriums beobachtet wurden.

Lampé (München).

Bauchorgane:

Leech, J. W.: Some acute abdominal perils. (Einige akute abdominale Gefahren.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 15, S. 231—239. 1913.

Verf. bringt ein großes Übersichtsreferat über die exakte Diagnose aller Unterleibserkrankungen. Er bespricht eingehend die Symptome: Schmerzen, Muskelkontraktionen, Steifigkeit resp. Spannung des Leibes, Erbrechen. Er bespricht differentialdiagnostisch die Verschiedenheit der Symptome bei Verstopfung und Intussusception — die falsche oder zu spät gestellte Diagnose führt den Tod des Kindes herbei. — Bei Intussusception: der paroxysmale Charakter des Anfalls, Blut und Schleim im Stuhl. Untersuchung per rectum — frühzeitige Operation. Bei Volvulus: Plötzlicher und kontinuierlicher Schmerz, Shock, Erbrechen, Tumor. Es folgen die Tubenruptur, bei der er besonders exakte Anamnese, ernste Leibschmerzen, Erbrechen und Kollaps als differentialdiagnostisch wichtig erwähnt. Bei gestellter Diagnose empfiehlt er sofortige Operation. Ebenso empfiehlt er bei Gallensteinen frühzeitige Operation. Bei den Perforationsperitonitiden warnt Verf. vor Verwechslung mit akuter Nephritis, Pancreatitis, toxischer Gastritis, Vergiftung, Nierenkolik und akuter Pneumonie. Zum Schluß warnt er vor Morphiumgaben, bevor eine exakte Diagnose gestellt und der Heilplan festgelegt ist. *Weißwange* (Dresden).

Lebedeff, G. J.: Radikaloperation einer Hernie der Linea alba nach Menge. Arb. a. d. geburtshilfl.-gynaekol. Klin., Prof. Redlich, St. Petersburg Bd. **1**, S. 153—160. 1913. (Russ.)

Mitteilung eines Falles, der durch Operation geheilt wurde. Besprechung verschiedener Operationsmethoden. *Braude* (Berlin).

Loewe, Otto: Über Hautimplantation an Stelle der freien Fascienplastik. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 24, S. 1320—1321. 1913.

Loewe hat frei transplantierte Hautstreifen, deren Epidermisschicht durch „Abradieren" entfernt worden war, ähnlich wie die freie Fascientransplantation zum Sehnenersatz, zu Nahtsicherung bei Hernien- und ähnlichen Operationen mit Erfolg verwendet. *Heller* (Leipzig).CH

Truesdale, P. E.: Umbilical hernia. (Nabelbruch.) Providence med. journal Bd. **14**, Nr. 4, S. 171—176. 1913.

Empfehlung des Mayrschen Operationsverfahrens (Annales of Surgery Januar 1899) auf Grund von 20 Operierten, von denen die 19 Nachuntersuchten geheilt waren; bei dem zwanzigsten wird ein Rückfall angenommen. Meist handelt es sich um ältere fettleibige Frauen. Von 4 Kranken mit eingeklemmtem Nabelbruch starben trotz Operation 3. Bei großem eingeklemmtem Nabelbruch soll man auf die primäre Rücklagerung des Bauchinhalts in die Bauchhöhle verzichten. *zur Verth* (Kiel).

Whitelocke, R. H. Anglin: Two successful cases of operation for strangulated inguinal hernia in female infants, of the ages of 22 and 17 days. (Zwei mit Erfolg operierte Fälle wegen eingeklemmten Inguinalhernien bei

Mädchen von 22 und 17 Tagen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 7. Sect. f. the study of dis. in childr. S. 190—191. 1913.

In dem einen Fall enthielt der Bruchsack das rechte Ovarium, die Tube und eine kleine Dünndarmschlinge, welche scharf stranguliert war, in dem andern ein sehr geschwollenes und ödematöses Coecum mit einem auffallend langen, in seiner Mitte strangulierten Proc. vermiformis, welcher abgetragen werden mußte. In beiden Fällen wurden in leichter Chloroformnarkose die Eingeweide reponiert, die Bruchsäcke abgebunden und die Wunden geschlossen. Die Kinder erholten sich auffallend schnell. Bemerkenswert ist der glückliche Erfolg, obwohl die Einklemmung in beiden Fällen schon 3 Tage bestand, ferner das Fehlen jeder Ursache für die Einklemmung und das Ausbleiben jeglichen Shocks nach dem Eingriff. *K. Hirsch* (Berlin).K

Farrar, Lillian K. P.: Hernia of the uterus and both adnexa with report of a case. (Hernie des Uterus und beider Adnexe, mit Bericht eines Falles.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 27. II. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 114—120. 1913.

Fall von linksseitiger Leistenhernie bei einer Wöchnerin, Fünftgebärenden, welche Uterus und beide Adnexe als Bruchinhalt aufwies, die reponiert wurden nach Eröffnung des Bruchsackes; darauf Operation nach Bassini. In der Diskussion weist William B. Coley darauf hin, daß es ein extrem seltenes Ereignis ist, wenn der Uterus ohne Mitbeteiligung von Tube oder Ovarium alleiniger Bruchsackinhalt ist. Unter 700 Herniotomien bei Frauen fand er im Bruchsack allein das Ovarium viermal, allein die Tube einmal, Tube und Ovarium siebenmal und Uterus und Tube zweimal und zweimal nur Uterus. *Hannes* (Breslau).

Golanitzki, J., Ein autoplastischer Faden zur Verwendung bei der Operation der Herniotomie. (*Chirurg. Fak. Klin. Univ. Saratow.*) Zentralbl. f. Chirurg. Bd. 40, Nr. 23. S. 905—908. 1913.

Beim Studium der Anheilungsbedingungen transplantierter Gewebe an Tieren kam Verf. zu dem Ergebnis, daß wenig differenziertes Gewebe, wie Fascie, Peritoneum namentlich in Form von feinen, schmalen Streifen sich am leichtesten mit Erfolg verpflanzen läßt. Er verwandte daher bei der Vernähung der Bruchpforte statt Seidenfaden Gewebsstreifen, die er sich aus dem bei der Operation entfernten Herniensack zurechtschnitt. Die Streifen sind 12—15 cm lang, etwa $1^1/_2$—2 cm breit und werden, zusammengedreht, mit einer Deschampsschen Nadel mit zugespitztem Ende oder einer größeren Nadel durch die Wandungen des Leistenkanals durchgeführt. Die Haltbarkeit dieser lebenden Streifen ist nach den vorgenommenen Belastungsproben der von Catgut und Seidenfäden ebenbürtig. Verf. fand bei Vernähung von Bauchdeckenwunden an Kaninchen und Hunden mit Peritoneumstreifen, selbige sowohl auto- wie heteroplastischen Ursprunges, schon nach 4—7 Tagen eine glatte, feste Verwachsung dieser Streifen mit dem benachbarten Gewebe. Allerdings geht bis zu einem gewissen Grade mit dem Einheilungsprozeß eine regressive Metamorphose dieser lebenden Fäden einher. Verf. konnte sich in 4 Fällen von radikalen Herniotomien von der guten Haltbarkeit und Brauchbarkeit des autoplastischen Nahtmaterials überzeugen und empfiehlt die Methode der Nachprüfung. *Harf* (Berlin).CH

Auvray: Malade opéré d'une hernie de l'S iliaque, par le procédé de Lardennois-Okinczyc. (Demonstration einer Patientin, an welcher eine Hernie des Sromanum nach Lardenuois-Okinczyc operiert worden war.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 39, Nr. 20, S. 881. 1913.

Die Hernie hatte seit 20 Jahren bestanden, war vor 13 Jahren operiert worden, rezidivierte jedoch bald. Autor hat nun diese große Hernie nach obigem Verfahren operiert, das darin besteht, daß der Dickdarm und das Mesokolon vollständig freigelegt, der Herniensack allseits isoliert und dann vollständig reseziert wird; so werden die adhäsiven Hernien des Dickdarmes in Hernien umgewandelt, welche sich von der gewöhnlichen Dünndarmhernie nicht unterscheiden und wie diese behandelt. Anempfehlung der Methode. *Salzer.*CH

Gross, Georges, et L. Heully, Des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale, mais non gravidique. (Über intraperitoneale Hämorrhagien, aus-

gehend von den nicht graviden Geschlechtsorganen.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 5, S. 462—472. 1913.

Bei inneren Blutungen richtet sich der Verdacht gewöhnlich auf Störungen seitens der Geschlechtsorgane, besonders die Hämatocele wird gewöhnlich auf Ruptur einer extrauterinen Schwangerschaft zurückgeführt. Jedoch entsteht eine ganze Reihe innerer Blutungen ohne Schwangerschaft, ja sogar bei Jungfrauen. Die blutenden Organe haben gewöhnlich pathologische Veränderungen durchgemacht. 1. Hämorrhagie von seiten des Uterus. Die normalen Uterusblutungen bei Platzen des gereiften Graafschen Follickels können sich nach Adam und Bernutz rückfließend durch die Tube in das Peritoneum ergießen, besonders bei Stenosen des Cervikalkanals (Hämatosalpinx). Die Frauen klagen über plötzlich auftretende wehenartige Schmerzen. Vorsichtige Untersuchung, wenn nötig auch vom Mastdarm aus, zeigt die kugelige Gestalt des Uterus. Eine weitere Ursache ist myomatöse Degeneration der Gebärmuttermuskulatur, deren Gefäßreichtum an der peritonealen Oberfläche den Schädigungen durch Bildungen von Varicen und Degeneration der Gefäßwände unterliegt. Gefäßzerreißungen oder Durchblutungen der Gewebe sind die Folge, auch der Druck des Promontoriums kann verhängnisvoll wirken. Fehldiagnosen: Stieldrehungen einer Ovarialcyste, Perforation eines Magenulcus, Appendicitis. 2. Blutungen von seiten der Tube. Auch die nichtschwangere Tube kann Blutungen verursachen, es gibt sogar sicher tuboovariale Varicocelen. Zerreißungen der tubaren Gefäße führen dann zu starken Blutungen. 3. Blutungen von seiten des Ovariums. Normal ist die periodische menstruale Blutung beim Reifen des Graafschen Follickels; auf dieser Basis entstehen langsam wachsende menorrhagische Cysten. Häufig ist die Oberfläche des Ovariums durchblutet, oft infolge sklero-cystischer oder hyperämischer Degeneration. Hierdurch kommt es auch zu ovarialen Apoplexien ohne Schwangerschaft. Ursache der Ruptur solcher hämatischer Cysten: Äußerer Shock, Verletzung beim Verkehr, Überanstrengungen, Untersuchungen, Druck infolge Überdehnung, manchmal das Platzen eines angrenzenden Follickels. Seltener sind Neubildungen (Angiosarkome) die Ursache solcher Hämorrhagien. *Mohr* (Berlin).

Hay, S. M., General septic peritonitis. (Allgemeine septische Peritonitis.) Canad. practit. a. rev. Bd. **38**, Nr. 2, S. 78—84. 1913.

Verf. bespricht die Ursachen und Behandlung der allgemeinen septischen Peritonitis. Ursachen: Ruptur der Blase, des Pyosalpinx, des appendicitischen Abscesses, des Duodenal- oder Magengeschwürs, der Gallenbalse. Nachdem Verf. die Indikationen bei den einzelnen Erkrankungen besprochen hat, berichtet er über seine Erfahrungen bei septischer Peritonitis. Die Operation ist so früh wie möglich auszuführen. Jede Stunde Verzögerung vergrößert die Todesgefahr. Nach Eröffnung der Bauchhöhle ist der Infektionsherd so schnell und so schonend wie möglich zu entfernen. Auswischen der Bauchhöhle mit schmalen Schwämmen. Drainage mit Gummidrains, denen eine Glasspitze mit Katheter aufgesetzt wird, um Drain durchgängig zu halten und Sekretion anzuregen. Der Kranke wird in halbsitzender Stellung gehalten vom Stellen der Diagnose bis 2 oder 3 Tage nach der Operation. Kochsalzinfusionen und eine einzelne Dosis Morphium nach der Operation. 12—24 Stunden nach der Operation Laxans. Von 4 so behandelten Patienten sind drei genesen. *Weisswange* (Dresden).

Frazier, Charles H.: Mesenteric cysts, with report of a case of sanguineous cyst of the mesentery of the small intestine. (Mesenterialcysten mit Rücksicht auf eine Blutcyste des Dünndarmmesenteriums.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 2, S. 97—99. 1913.

44 jähr. Mann leidet seit einem heftigen Stoß gegen den Bauch an Kolikanfällen ohne Ver stopfung 11 Jahre lang. Nach 7 Jahren Entwicklung einer von außen fühlbaren, walnußgroßen Geschwulst 5 cm oberhalb Symphyse, die langsam wächst. Jetzt hartelastischer, glatter, in der Unterbauchgegend median gelegener Tumor. Operation: 3530 g schwerer, 25 cm im Durchmesser messender cystischer Tumor, zwischen beiden Blättern des Mesenterium entwickelt, wird exstirpiert; die fest mit ihm verbundene Dünndarmschlinge reseziert. Cysteninhalt:

hämorrhagische Flüssigkeit. Patient nach 19 Tagen gesund entlassen. Mikroskopisch: Bindegewebe stellenweise mit Rundzelleninfiltration und hyalin degeneriert, viel braunes Pigment.

Die Symptome der Blutcysten hängen viel vom Volumen ab. Schnellwachsende machen leicht Koliken, Ileuserscheinungen, Bauchschmerzen, Flatulenz, Volvulus, Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane. Schließlich führt Inanition oder Platzen der Cystenwand mit Peritonitis zum Tode. Bevorzugter Sitz: Ileum in der Nähe des Coecum. Behandlung: 1. Aspiration, 2. Enucleation, 3. Resektion des Darmes mit folgender Cystenexstirpation, 4. Incision und Drainage. 1. obsolet und, wenngleich sehr einfach, nicht ungefährlich. 50% Rezidive. 2. nur wenn völlige Schonung der Blutversorgung gewährleistet. 3. bei sonst günstigen Umständen die beste Methode. 4. bei unlösbaren Verwachsungen. Folgt Übersicht über die verschiedenen Klassifikationen der Mesenterialcysten nach Sitz und Ursprung. *Michael* (Leipzig).

Gundermann, Wilhelm, Über die Bedeutung des Netzes in physiologischer und pathologischer Beziehung. (*Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 3, S. 587—605. 1913.

Das Netz ist ein den Säugetieren eigentümliches, durch exzessives Wachstum des dorsalen Mesogastrium gebildetes, sehr lymphgefäßreiches Organ von membranöser Form am Ende der embryonalen Entwicklung. Theorien über die Funktion des Netzes. Seine Bedeutung als Fettreservoir ist sehr zweifelhaft; ein fixatorischer Wert für das Col. transv. nicht anzuerkennen. Die Auffassung, daß es ein bei starker Füllung des Magens verstreichender Komplementärraum sei, wird experimentell abgelehnt. Dagegen ist es ein regulierender Faktor für die Magengefäße bei physiologischer Hyperämie des Magens. — Unter pathologischen Verhältnissen hält Verf. Netzunterbindungen für die indirekte Ursache von postoperativen Magendarmblutungen, besonders bei älteren Personen, deren Netzvenenklappen insuffizient sind. Es scheint dabei infolge kleiner Pfortaderthrombosen zerfallenes Lebergewebe toxisch auf die post operationem stark gefüllten Magengefäße zu wirken. Sonstige Bedeutung des Netzes für Blutzu- und -abfluß bei Lebercirrhose, Uterustumoren. — Eigenbewegungen des Netzes gibt es nicht. Sein Fehlen vermindert die Widerstandsfähigkeit gegen peritoneale Infektionen. Intraperitoneale freie Netztransplantation ist nur bei feuchter Asepsis ganz ohne Adhäsion ausführbar. — In die Bauchhöhle gebrachte Fremdkörper (Carmin. caerul.) werden schon nach 15 Minuten durch das Zwerchfell und seine Lymphbahnen resorbiert; das Netz fixiert den Rest und tranpsortiert ihn innerhalb von 24 Stunden durch Phagocytose in seine Lymphbahnen. *Joseph* (Berlin).CH

Balfour, Donald C., Anterior gastro-enterostomy, report of a case of diverticula of the jejunum. (Vordere Gastroenterostomie, Bericht über einen Fall von Divertikel des Jejunums.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 6, S. 902 bis 904. 1913.

Die hintere G.-E. mit kurzer Schlinge gibt in jeder Beziehung so gute und dauernde Resultate, daß sie oft auch dann gemacht wird, wenn andere Methoden ebenso gut oder besser wären. Die G.-E. anterior ist oft zu bevorzugen beim inoperablen Pyloruscarcinom, weil einfacher und schneller ausführbar, dann auch bei nicht malignen Stenosen, wo ausgedehnte Verwachsungen an Magenhinterwand, Mesokolon, oberster Jejunumschlinge vorliegen. Zur Vermeidung von Abknickung der angenähten Schlinge empfiehlt Verf., diese breiter an den Magen zu fixieren und zwar in einfacher Weise durch je einen Fadenknoten 3—5 cm vor und hinter der Anastomose. Der angeführte Fall ist dadurch interessant, daß bei dem 62jährigen Patienten 4 Divertikel von Hasel- bis Walnußgröße am obersten Jejunum gefunden wurden; sie kommunizierten mit dem Lumen des Jejunums. Zwei sehr schöne Illustrationen. *Hans Brun* (Luzern).CH

Bérard, L., et H. Alamartine, Accidents et technique de la jéjunostomie. (Üble Zufälle nach der Jejunostomie; Technik der Operation.) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 5, 660—677. 1913.

Eine gute Jejunostomie soll leicht und in kurzer Zeit ausführbar sein. Sie soll, da sie die ganze Ernährung gewährleisten muß und vor allem Galle und Pankreassaft nicht austreten lassen darf, vollständig kontinent sein. Sie darf sich nicht

von selbst schließen, muß aber nach Bedarf ohne größeren Eingriff geschlossen werden können. Es dürfen nach der Fistelbildung keine Störungen in der Darmpassage entstehen. Von den zahlreichen Operationsverfahren verwerfen Verff. zunächst sämtliche „einfachen lateralen" Methoden (Surmay, Terrier, Jessett), weil sie die Kontinenz der Fistel nicht gewährleisten. Die „terminalen (Y.)" Jejunostomien (Methode von Maydl und ihre Varianten) sind theoretisch einwandfrei, stellen aber sehr lang dauernde Eingriffe dar und ergeben definitive Fisteln, sind daher bei Ulcus und Ätzungen nicht zu verwenden. Die meisten „komplizierten lateralen" Methoden (Witzel-Eiselsberg, Guinard, Kader, Jeannel, Walter) ergeben zwar kontinente Fisteln, sichern aber nach Ansicht der Verff. nicht genügend eine freie Darmpassage. Verff. selbst haben nach einer nach Witzel-Eiselsberg ausgeführten Jejunostomie einen Todesfall infolge von Abknickung der eingenähten Jejunumschlinge erlebt und 2 ähnliche Fälle in der Literatur (Lempp) gefunden. Die zur Vermeidung solcher Abknickungen vorgeschlagenen Maßregeln — Anlegen der Fistel in einer gewissen Entfernung von der Plica duodeno-jejunalis, vertikale Annähung der Jejunumschlinge ans Peritoneum parietale in einer Länge von 6—8 cm — haben im Falle der Verff. nicht genügt. Sie griffen daher auf den von Albert und Mayo-Robson gemachten Vorschlag zurück, nach welchem zwischen den beiden Fußpunkten der Jejunumschlinge eine seitliche Anastomose gemacht werden soll.

Ihre Technik: In Lokalanästhesie Medianschnitt über dem Nabel oder lateraler Schrägschnitt 3 oder 4 cm unter der für die Gastrostomie üblichen Stelle. Die jetzt vorzulagernde Schlinge soll 20 cm unter der Plica duodeno-jejunalis beginnen und mindestens 30 cm lang sein. Laterale Anastomose zwischen den Fußpunkten dieser Schlinge mittels des Jaboulay-Lumièreschen Knopfes. Reposition der Schlinge. Fixierung der Kuppe der Schlinge in der Wunde durch einige sero-muskuläre Nähte unter Bildung eines kleinen Darmwandkegels (wie zur Fontanschen Gastrotomie). Eröffnung des Kegels, Einführung eines Nélaton-Katheters, der durch eine Naht an den Darm befestigt wird. Naht der Wunde; der Darm wird nicht an die Haut genäht. Soll die Fistel definitiv werden, so kann der zuführende Teil der Schlinge durch Ligatur verschlossen werden.

Diese Ω-Jejunostomie mit seitlicher Anastomose ist leicht und besonders dank der Verwendung des Jaboulay-Lumière-Knopfes sehr rasch ausführbar; sie sichert vollständige Kontinenz. Störungen der Darmpassage infolge von Verengerungen oder Abknickungen der Schlinge sind ausgeschlossen. *Jung* (Straßburg).[CH]

Drummond, Hamilton: Notes of cases illustrating some of the surgical aspects of persistent Meckels diverticulum. With remarks and a record of twenty-two cases. (Bemerkungen zu Fällen illustriert durch einige chirurgische Befunde bei Persistenz des Meckelschen Divertikels. Mit Übersicht über 22 Fälle.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 656—662. 1913.

Verf. hat 22 Fälle akuter Unterleibserkrankungen infolge persistenter Meckelscher Divertikel, die von 1900—1912 auf der chirurgischen Abteilung des Royal-Viktoria-Krankenhauses in Newcastle-upon-Tyne in England zur Beobachtung kamen, untersucht und zusammengestellt.

An Hand dieser Beobachtungen schließt er, daß ein persistenter Meckelscher Divertikel eine Quelle von Gefahren ist. Die anatomische Form ist oft von Bedeutung. Ein schmales Divertikel mit breiter Basis führt leicht zur Intussusception. Akute Entzündungen sind sehr verhängnisvoll. Die Symptome sind ähnlich denen bei Gallenblasenentzündungen, Darmverschlingungen und Appendicitis. Besonders ist die Differentaldiagnose mit Appendicitis häufig unmöglich. Veränderungen am Nabel sind charakteristisch für einen erkrankten Meckelschen Divertikel. Als Therapie empfiehlt sich frühzeitige Operation. *Weisswange* (Dresden).

Whitelocke, R. H. Anglin: A case simulating meningitis, in which the symptoms were caused by the escape of threadworms into the peritoneal cavity through a perforated appendix vermiformis. (Ein Fall, bei dem eine Meningitis vorgetäuscht wurde, dessen Symptome aber durch den Übertritt von Oxyuren durch einen durchgebrochenen Wurmfortsatz hindurch in die

Peritonealhöhle verursacht waren.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 7. Sect. f. the study of dis. in childr. S. 192—194. 1913.

5½ jähriges Mädchen, das als tuberkulöse Meningitis aufgenommen und 2 Tage verpflegt wurde, bis eine dauernde Flexionsstellung des rechten Beins auf die richtige Fährte führte. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich seropurulente Flüssigkeit von fäkalem Geruch. Das Netz deckte Coecum und Appendix zu. Beim Entfernen des Netzes kamen etwa 1 Dutzend tote Oxyuren zutage. Am Appendix fand sich eine stecknadelkopfgroße Perforation aus der mehrere Oxyuren sich spontan herauswanden. 7 lebende Oxyuren fanden sich noch in der Bauchhöhle. Der exstirpierte Wurmfortsatz war vollgepfropft von Oxyuren, und zwar überwogen ganz kleine, unreife Exemplare. Die meningitischen Symptome schwanden mit der Operation, und die Heilung erfolgte ohne Störung. *Ibrahim* (München).[K]

Wagner, Arthur, Über einen Fall von gleichzeitiger frischer elastischer Einklemmung und Gangrän des Wurmfortsatzes und einer Dünndarmschlinge. (*Allg. Krankenh., Lübeck.*) Zentralbl. f. Chirurg. Bd. **40,** Nr. 23, S. 902—904. 1913.

Bei einer 77 jährigen, in schlechtem Allgemeinzustande eingelieferten Frau mit incarcerierter Schenkelhernie fand sich im Bruchsacke eine 10 cm lange blauschwarze Darmpartie mit 2 gangränösen Schnürringen, mit der der etwa 10 cm lange gangränöse Wurmfortsatz verklebt war. Der anfangs als Coecum angesprochene Darm stellte sich nach Erweiterung des Bruchringes als Dünndarmschlinge heraus. Die Appendix ließ sich leicht lösen, besaß kein Mesenteriolum und war am Bruchringe zu Ende. Enteroanastomose zwischen zuführendem und abführendem Schenkel und Vorlagerung der gangränösen Darmschlinge. Bei der Obduktion fand sich noch ein dünner, zusammengequetschter Rest des Wurmfortsatzes in der Bruchpforte, dessen Lumen sich bei starkem Drucke auf das Coecum öffnete und Gas austreten ließ. Bei solchen Autoamputationen der Appendix muß das zentrale Ende in der Bauchhöhle aufgesucht und versorgt werden. *Wortmann* (Berlin).[CH]

Briggs, J. Emmons: Appendix excisor. (Eine Appendixquetsche.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168,** Nr. 23, S. 847—848. 1913.

Das Instrument ist als kräftige Quetsche gebaut; das Neue daran ist, daß sich an ihm ein federnd angebrachtes Messerchen befindet, das in Tätigkeit tritt, wenn der Appendix festgequetscht ist. Es wird auf diese Weise der Appendix zuverlässig und schnell entfernt, Austreten von Coecuminhalt ist unmöglich. Das Instrument ist bei Codman and Shurtleff in Boston zu haben. *Neumann* (Heidelberg).[CH]

Chifoliau et Sébilotte, A propos d'une observation d'appendicite par épingle. (Stecknadelappendicitis.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10,** Nr. **11,** S. 169—171. 1913.

Ein Fall einer Stecknadelappendicitis und Literaturnachweise geben Veranlassung zu mehreren Sätzen, von denen bemerkenswert ist, daß dem akuten Anfall bei Stecknadelappendicitis gewöhnlich mehr oder minder lange bestehende vage Beschwerden in der rechten Beckengrube vorausgehen und daß der Anfall gewöhnlich in große periappendikuläre Abscesse oder in diffuse Bauchfellentzündung ausgeht. *zur Verth* (Kiel).[CH]

Cade, A., J.-F. Martin et P. de Mourgues, Les diverticules acquis du gros intestin et leur rôle en pathologie. (Die erworbenen Divertikel des Dickdarms.) Paris méd. Nr. 27, S. 32—36. 1913.

Reiche Literaturangabe. Bei 100 Autopsien von über 60 Jahre alten Leuten fand Autor 29 Divertikel mit dem bloßen Auge nach Aufblähung des Kolon, Abtrennen des Mesenterium, Durchforschung der epiploischen Falten, am häufigsten am S romanum, besonders an seiner beweglichen Schlinge, selten am Ascendens, zweimal nur am Coecum. Multiple Bildungen bleiben lokalisiert. Einmal nur zeigte das Rectum hoch oben ein Divertikel. Divertikel der Appendix wurden nicht berücksichtigt. Lieblingssitz der Divertikel ist die Gegend längs der longitudinalen Muskeln und der Ansatzstelle des Mesenterium. Formen und Größe schwanken außerordentlich, desgleichen die Zahl. Ihre Farbe ist schwärzlich, der Inhalt weiche bis steinharte Kotballen. Fremdkörper fand Autor nicht. Die Divertikel stellen Ausbuchtungen der Darmwand dar, enthalten alle Schichten derselben, sekundär degeneriert die Muskelwand. An der Öffnung verdickt sie sich dagegen oft sphincterartig. Auch mikroskopisch kleine Divertikel kamen vor. — Ätiologisch zu verwerten ist seltener übermäßiger Zug als Druck. Hohes

Alter und Obstipation bilden die Hauptursache. Klinische Erscheinungen machten keine der Divertikel. Anatomisch wurden dagegen auf Divertikeln basierende Verletzungen des Kolon gefunden. Jedoch ist das Divertikel als Prädilektionsstelle für Infektionen zu betrachten infolge der Ernährungsstörungen seiner Wände. Die entstehende Diverticulitis ist akut oder chronisch, kompliziert mit Entzündungen aller umliegenden Gewebe durch Überwanderung oder Perforation. Gewöhnlich ist der Prozeß in der linken Fossa iliaca lokalisiert. Tumoren und selbst Krebs können sich bilden. Beginn der stürmischen Erscheinungen nach heftigen Prozessen bei der Defäkation sprechen für Perforation eines Divertikels. *Mohr* (Berlin.)

Hustin, A., Notions de physiologie pathologique du gros intestin envisagée spécialement au point de vue chirurgical. (Bemerkungen über die pathologische Physiologie des Dickdarms besonders vom chirurgischen Standpunkt.) Journal méd. de Bruxelles Jg. **18,** Nr. 24, S. 227—233. 1913.

Nach kurzen Bemerkungen über die normale Anatomie und Physiologie (Sekretion, Resorption, Motilität) des Dickdarms wird besonders zur Prüfung gesunder und krankhafter Motilität auf den Wert von systematischen Röntgenuntersuchungen hingewiesen. Skizzen charakteristischer Röntgenbefunde bei Ileus durch Tumor, Invagination, Coecum mobile, Tuberkulose und einseitiger Dickdarmausschaltung. *Kalb* (Stettin).CH

Libenský, W., Die ersten Anfänge der atypischen Neubildung im Rectum und im S romanum. (*Interne Poliklin. Prof. Hnátek, u. pathol.-anat. Inst. Prof. Hlava, Prag.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **77,** H. 5/6, S. 355—383. 1913.

Libenský hat zwei Fälle von rezidivierenden Adenomen der Flexura sigmoidea und ihre Umwandlung in „atypische" Neubildung beobachtet. Er berichtet über eine Anzahl gleicher Fälle aus der Literatur und betont bei der Unsicherheit der Symptomatik die Wichtigkeit der Rectoskopie. Auf Grund von 8 Sektionsfällen eigener Beobachtung weist L. weiter darauf hin, daß dem Verhalten des Stieles der adenomatösen Polypen eine besondere prognostische Bedeutung zukommt. Nur dünngestielte Polypen sind als benigne zu betrachten. Bei breitgestielten Polypen ist die Abtragung der ganzen Insertionsbasis notwendig, um Rezidive zu verhindern. *Heller.*CH

Körbl, Herbert: Die Kontinenzverhältnisse nach den radikalen Operationen des Mastdarmkrebses. (*I. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H. 2, S. 449—481. 1913.

Körbl erörtert an der Hand des Materials der v. Eiselsbergschen Klinik, insgesamt 204 Mastdarmexstirpationen, die Frage der Kontinenzverhältnisse. I. Fälle, bei denen der Sphincter geopfert werden muß. a) Sphincterplastik nach Schoemaker in 1 Fall anfangs vollkommene Kontinenz, nach zwei Jahren Inkontinenz für flüssigen Stuhl. b) Anus sacralis nach Hochenegg, d. h. rechtwinklige Abknickung des Darmendes und Fixation unterhalb des resezierten Kreuzbeines. Erst nach $^1/_2$ Jahr, meist später, zeigt sich ein langsames Auftreten und ebenso langsames Zunehmen der Sensibilität. Mit zunehmender Sensibilität tritt Vorempfindung des Stuhlgangs auf und entwickelt sich wieder eine Ampulle. Unter 30 nachuntersuchten Fällen fehlte bei 8 Fällen die Rückkehr der Sensibilität dauernd. Es sind fast ausnahmslos Fälle, bei denen es durch Gangrän zur Retraktion des oralen Darmendes und Heilung per granulationem gekommen war. Demnach fehlt das Vorempfinden und besteht Inkontinenz; 16 Fälle mit Wiederherstellung der Sensibilität sind kontinent für festen Stuhl. Durch Regelung der Verdauung befindet sich fast die Hälfte der Patienten in erträglichem Zustande. c) Anus sacralis nach Gersuny, nachuntersucht 17 Fälle. Bis zum Ablauf eines Jahres ist die spiralige Dehnung noch deutlich fühlbar, Sensibilität kaum angedeutet, trotzdem Vorempfindung und Kontinenz für festen Stuhl. Nach 2—3 Jahren ist die spiralige Dehnung nur noch bei einem Teil der Fälle vorhanden, bei anderen sind zirkuläre Falten und Ampullenbildung an ihre Stelle getreten. Wiederherstellung der Sensibilität in allen Fällen und ausgesprochenes Vorempfinden. Von 10 Fällen über 3 Jahre zeigt nur noch 1 Fall spiralige Dehnung bei fast vollkommener Kontinenz auch für flüssigen Stuhl, 7 haben gut entwickelte Querfaltung und Ampullenbildung, alle Rückkehr

der Sensibilität und Vorempfindung für festen Stuhl. Die Vorempfindung für den Stuhlgang ist bei dem Anus nach Gersuny günstiger als bei dem Anus sacralis nach Hochenegg, da die Dickdarmperistaltik intensiver empfunden wird. Die Drehung nach Gersuny stellt also gegenüber dem einfachen Anus sacralis einen gewissen Vorteil dar. — II. Fälle, bei denen der Sphincter geschont werden konnte. Abgesehen von einigen intrarectalen Excisionen und Operationen nach der Invaginationsmethode wurde ausgeführt: a) die Durchzugsmethode nach Hochenegg in 27 Fällen. Die Resultate der nach der Durchzugsmethode operierten Fälle sind nicht besonders günstig, hohe Mortalität durch Infektion, voller funktioneller Erfolg in 36%. Das Durchziehen begünstigt die Entstehung der Gangräne. Diese Gefahr kann durch die lineäre Spaltung des Sphincters nach Heinecke verringert werden, doch wird dadurch andererseits der funktionelle Erfolg gefährdet. Verf. vertritt deshalb den Standpunkt, daß das Durchzugsverfahren nur indiziert ist, wenn die Operation schnell beendet werden soll und nur die Schleimhaut des Analteiles erhalten bleibt. b) Zirkuläre Naht, primär oder sekundär, wurde in 34 Fällen ausgeführt, volle Kontinenz in 66 % bei einer geringeren Mortalität. Verf. glaubt daher, die zirkuläre Naht als Methode der Wahl bei der Rectumresektion bezeichnen zu müssen. Die gefährdete hintere Nahtlinie kann durch Hautlappenplastik nach Rotter gestützt werden. Um die Zahl der Mißerfolge der zirkulären Naht zu verringern, soll dieselbe nur primär unter absolut günstigen Bedingungen ausgeführt werden, andernfalls soll man durch Naht der vorderen Circumferenz und Fixation der hinteren Circumferenzteile an die Haut möglichst vorteilhafte Bedingungen für die sekundäre Naht schaffen. c) Die Sigmoideoproktostomie nach Hochenegg, Eiselsberg (Krogius) in 3 Fällen als Notoperation ausgeführt, erkennt K. mit Rotter als Operation der Wahl, wenn sich eine genügend lange Sigmaschlinge leicht herabziehen läßt. d) Kombinierte Operationen (16 Fälle mit 37% Mortalität) möchte K. nur als Notoperationen gelten lassen. — Den Einwand endlich, daß durch die Kontinenzbestrebungen die Radikalität der Operationen leiden müsse, kann K. durch den Vergleich der Dauerheilungen des eigenen Materiales mit den in der Literatur vorhandenen Angaben entkräften. *Heller* (Leipzig).CH

Roith, Otto-Baden-Baden: **Über die Mechanik der rectalen Einläufe.** Kongreß f. inn. Med. Wiesbaden 1913.

Je nach Volumen des Einlaufs, dem Einflußdruck, seiner chmischen und physikalischen Beschaffenheit und entsprechend der Erregbarkeit des Darmes wie seines Nervensystems kann man die Beförderung cöcalwärts durch antiperistaltische Wellen beobachten oder durch spastische Kontraktionen einen Abfluß bereits im Colon sigmoid. erreichen; auch bei Lähmungszuständen bleibt das Klysma auf die untersten Darmabschnitte beschränkt. Die Lagerung soll von geringem Einfluß sein. Roith möchte auf diese Weise speziell für die Obstipationen eine funktionelle Dickdarmdiagnostik schaffen. *von den Velden.*M

Watson, Leigh, Hemorrhoid operations. A local anesthesia technic. (Eine Technik der Lokalanästhesie bei Operationen wegen Hämorrhoiden.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 15, S. 755—756. 1913.

Das Vorgehen besteht kurz in folgendem: Anästhesierung der Schleimhaut durch Wattetampons mit $^1/_5$ proz. Cocainlösung. Oberflächliche Infiltration der analen Übergangshaut und tiefere des Sphincters unter Leitung des linken Zeigefingers, beides mit $^1/_{10}$ proz. Cocain. Sodann leichte Dehnung des Muskels und Operation. Die so erzielte Anästhesie dauert 1 bis 2 Stunden; injiziert man aber eine 1 proz. Lösung von Harnstoff und Chinin, so wird die Schmerzstillung auf 5—7 Tage erstreckt, während welcher die Wundheilung erfolgt. *Fieber.*CH

Braithwaite, L. R.: Acute perforation of the gall bladder, with an account of six cases. (Akute Perforation der Gallenblase mit einem Bericht über 6 Fälle.) Brit. med. journal Nr. **2734,** S. 1096—1099. 1913.

Nach McWilliams gibt es, abgesehen von der rein traumatischen Form, 3 Arten von Gallenblasenruptur: 1. infolge Überdehnung, mit oder ohne Steine; 2. durch Druck des Steines auf die Wand; 3. infolge Gangrän, bedingt durch Thrombose der

Gefäße, Unterbrechung der Zirkulation durch Druck des Steines und ulceröse Infektion der Wand. Dazu kommt nach Verf. 4. die subperitoneale Perforation der Gallenblase infolge Austritt von Galle zwischen Peritoneum und Schleimhaut. — Klinische Erscheinungen und Symptome: Schmerzanfälle in der Gallenblasengegend mit häufigen Schüttelfrösten; der plötzliche heftige Perforationsschmerz braucht nicht immer vorhanden zu sein. 2—3 Stunden nach der Perforation wird der Schmerz in die Nabelgegend verlegt; in 1—2 Tagen Schwellung in der Appendixgegend, einen appendicitischen Absceß vortäuschend, auch wenn Galle von genügender Virulenz austritt, um eine allgemeine Peritonitis zu erzeugen. Selten ist „brettharte" Spannung der Bauchdecken. Die Pulszahl ist nach 24 Stunden von der Virulenz der Infektion und der Art der Peritonitis abhängig. Die Temperatur kann zunächst subnormal bleiben. Behandlung: Frühoperation. Ektomie, falls die Umstände es gestatten, sonst Cholecystostomie. Drainage des kleinen Beckens. Statistisches: Unter 3180 operierten Gallensteinfällen (McWilliams) fanden sich 29 mit akuter Perforation. — Krankengeschichten von 6 Fällen. *Jurasz* (Leipzig).CH

Delagénière, H.: De l'occlusion intestinale aiguë par calculs biliaires. Indications opératoires. Une observation, avec intervention, suivie de guérison. (Über Gallensteinileus. Indikationen zur Operation. Beobachtung eines Falles, der durch Operation geheilt wurde.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **22,** Nr. 4, S. 193 bis 203. 1913.

Der Gallensteinileus ist ein seltenes Leiden, er tritt meistens in vorgeschrittenem Alter auf, das weibliche Geschlecht ist bevorzugt. Die Steine stammen entweder aus der Gallenblase. Im Anschluß an eine Cholecystitis bilden sich Verwachsungen der Blase mit dem Magen oder Kolon und am häufigsten mit dem Duodenum, es kommt zu einer Perforation, und der Stein wandert in den Verdauungskanal aus. Oder es treten die Steine aus dem Ductus choledochus durch die erweiterte Papille ins Duodenum, Sind sie nun groß genug, so können sie in jeder Partie des Darmes steckenbleiben, am häufigsten wurden sie aber im untersten Ileum gefunden. Der Stein füllt dabei das Darmlumen vollständig aus, was durch einen Spasmus der Darmmuskulatur infolge des Fremdkörperreizes bedingt ist. Wenn sich dieser Spasmus spontan oder infolge unserer Therapie löst, kann der Stein wieder weiterbefördert und dadurch der Darmverschluß beseitigt werden. Die Diagnose wurde beim Gallensteinileus in den seltensten Fällen gestellt. Die Anamnese kann dafür Anhaltspunkte geben. Der Anfall selbst beginnt gewöhnlich mit einem heftigen Schmerze im Epigastrium, der gegen Rücken und Schulter zu ausstrahlt, worauf eine kurze Periode der Ruhe eintritt. Dann entwickelt sich das gewöhnliche Bild des Darmverschlusses mit Erbrechen und Stuhlverhaltung, wobei das Allgemeinbefinden erst relativ spät leidet. Das therapeutische Verhalten besteht wie bei jedem Darmverschlusse in der sofortigen Operation. Nur wenn die Diagnose „Gallensteinileus" sichergestellt ist, kann man in den ersten 2—3 Tagen versuchen, durch Irrigationen, Bäder und Morphium den Spasmus der Darmmuskulatur zu lösen und dadurch den Stein zum Abgang zu bringen, was in mehreren Fällen bereits gelungen ist. Aber diese Behandlung ist auch nur dann einzuschlagen, wenn der Patient keine beunruhigenden Symptome bietet. Der Eingriff besteht in der Entfernung des Steines nach Enterotomie. Eine gleichzeitige Operation an der Gallenblase soll man wegen der Größe des Eingriffes nicht ausführen, doch wäre dieselbe nach erfolgter Heilung des Patienten zur Beseitigung seines Gallensteinleidens zu empfehlen. Zum Schlusse bringt Verf. die Krankengeschichte eines selbstbeobachteten Falles, welcher erst am 8. Tage nach bestehendem Gallensteinileus operiert wurde und nach Entfernung des Steines zur Heilung kam. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Norris, Henry: Solitary cysts of the liver (Solitärcysten der Leber.) Ann. of surg. Bd. **57,** Nr. 6, S. 805—810. 1913.

Solitärcysten nicht parasitären Ursprungs sind selten, sie kommen am häufigsten im rechten Leberlappen und zwar mehr bei Frauen als bei Männern vor. Sie können von der Größe eines Schrotkornes bis zu der einer mehrere Liter haltenden Cyste sein. Entstehungsmöglichkeit aus der Konfluenz von Cysten bei cystischer Degeneration,durch Verschluß versprengter Gallengänge, durch degenerative Prozesse im Naevi,durch cystische Degeneration in einem Adenom der Gallengänge, in einem vom Verf.mitgeteilten Fall auf Grund eines Infarktes. In lang dauernden Fällen Bildung einer starken fibrösen Kapsel mit zahlreichen Blutgefäßen und gelegentlicher Kalkeinlagerung in der Wand. Inhalt ist meist farblos. Außer einem eigenen Fall Erwähnung von 15 diesbezüglichen Fällen aus der Literatur. Literaturverzeichnis über 25 Arbeiten. *Jurasz* (Leipzig)CH.

Downes, William A.: Primary splenomegaly of the gaucher type: splenectomy. (Primärer Milztumor vom Typ Gaucher. Splenektomie.) (Transact. of the New York surg. soc., meet. 12. II. 1913.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 6, S. 935—940. 1913.

Downes stellte eine 28jährige Frau vor, die seit ihrem 13. Lebensjahre einen Milztumor nachweisbar hatte. Sie war stets hinfällig und blaß und daher dauernd in Behandlung. Durch Herausnehmen der 18 kg schweren Milz war die Kranke erheblich gebessert. Die mikroskopische Untersuchung ergab primäres Endotheliom der Milz. *Gelinsky* (Berlin).CH

Harnorgane:

Peterson, E. W.: Congenital cystic kidney. (Kongenitale Cystenniere.) Post-graduate Bd. **28**, Nr. 3, S. 260. 1913.

Bei einem Neugeborenen wurde eine Geschwulst im Leibe von der Größe einer Apfelsine entdeckt, die in den nächsten Wochen rapide wuchs. Die Operation, 2 Monate nach der Geburt, ergab eine enorme linksseitige Cystenniere (Gewicht 3 Pfd.). Ungestörte Heilung; 6 Monate nach der Operation Wohlbefinden. Interessant war, daß nur eine Niere degeneriert war, die andere dagegen völlig normal. *Liek* (Danzig).

Caulk, John R.: The etiology of kidney cysts. Illustrated by a cyst due to obstructive calcareous papillitis. (Die Ätiologie von Nierencysten. Illustration durch eine auf verlegende calculöse Papillitis zurückzuführende Cyste.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 6, S. 840—859. 1913.

Caulk teilt einen Fall mit, bei dem eine wallnußgroße Cyste im unteren Nierenpol saß, die dazu gehörige Pyramide fibrös verändert, ihre Papille sklerosiert und mit einer Calciumphosphatschicht inkrustiert war. Das Kalkdepot gab einen Schatten auf dem Röntgenbild und veranlaßte die Operation, die in der Ausschälung der scharf begrenzten Cyste bestand. Nach C. ist der Kalkablagerung wahrscheinlich eine primäre nekrotisierende Entzündung der Papille, eine Papillitis und papilläre Sklerose vorausgegangen und sind Veränderungen der Nierenpapillen, abgesehen von jenen tuberkulöser Art, sehr wenig beschrieben. Im Anschluß an den Fall bespricht der Autor die Pathogenese, Symptomatologie, Pathologie und Behandlung der Nierencyste. Die Cysten werden im allgemeinen auf Retention und auf kongenitale Entstehung zurückgeführt. Die Ablehnung des entzündlichen Ursprungs geschieht nach C. zu unrecht, wie sein Fall zeige. Mit subcutan injiziertem Vinylamin ist Levaditi die nekrotisierende Entzündung und Sklerose der Papille mit sekundärer Inkrustation experimentell geglückt. Mechanische Experimente zur Entwicklung von Nierencysten (Petterson, Tollens) führten zu keinem positiven Resultat. Morris hat unter 2610 Autopsien am Middlesex Hospital nur 5 Fälle gefunden. Israel beobachtete unter 297 chirurgischen Nierenaffektionen einen Fall. Der Urinbefund ist bei Nierencysten meist negativ. Cystoskopie, funktionelle Nierendiagnostik, Radiographie lassen bezüglich der Diagnose in der Regel im Stich. Die Cysten sind gewöhnlich einseitig und auf den oberen oder unteren Pol lokalisiert. Nach Dentu sind die Cysten der Rinde klein, die der Marksubstanz sehr groß. Im Cysteninhalt findet sich nach C. auch Harnstoff, was verschiedene Autoren bestreiten. Die bald papierdünne, bald dicke Cystenwand zeigt nicht konstant, wie auch im Fall C., doch in der Mehrzahl der Fälle einen Epithelüberzug. Das Parenchym nahe den Cysten ist verdickt und zeigt mikroskopisch häufig Anzeichen einer Nephritis. Die Cystotomie mit Einnähung und Drainage der Höhle bedingt eine langsame Heilung, führt oft zur Sekundärinfektion und Fistelbildung. Die Normalmethode ist die Exstirpation der Cyste (Tuffier, Bardenheuer, Ricard, Recamier, Albarran). Partielle und totale Nephrektomie kommen nur bei ausgedehnter Schädigung des Nierenparenchyms in Frage. *Gebele* (München).CH

Rocher, H.-L., et Jean Ferron, Tuberculose rénale chez l'enfant. Cathétérisme à vision directe. (Sept observations.) (Nierentuberkulose beim Kinde. Direkte Blasenspiegelung. 7 Fälle.) Pédiatrie prat. Jg. **11**, Nr. 13, S. 228—232. 1913.

Die Autoren berichten über 7 urologische Fälle bei kleinen Mädchen, wo sie mittels Urethroskop die Blase besichtigt, Ureterenkatheterismus ausgeführt und danach Diagnose und Heilungsplan bestimmt haben.

Im 1. Falle wurde bei einem 11 jährigen Mädchen eine Tuberkulose der linken Niere ermittelt und mit gutem Erfolge die Nephrektomie ausgeführt. — Bei einem 14 jährigen Mädchen, das an perirenalem Absceß litt, konnte eine Streptokokkenpyelitis dieser Seite als Ausgangsherd festgestellt werden. — In einem 3. Falle, bei einem 10 jährigen Mädchen, konnte die Differentialdiagnose zwischen Pyelitis und subphrenischem Absceß im Anschluß an eine Appendicitis gesichert werden. (Niere intakt). Ferner konnte bei einem 8 jährigen Mädchen mit hochgradiger Kniegelenkstuberkulose, das an Blaseninkontinenz erkrankte, die Intaktheit des uropoetischen Systems festgestellt werden und eben das gleiche bei einem 12 jährigen Mädchen. Dagegen konnte bei einem 8 jährigen Mädchen, das ebenfalls tuberkulös belastet und an Pollakiurie erkrankt war, eine schwere Cystitis Trigoni und linksseitige Colipyelitis festgestellt werden. Schließlich wurde die Methode von den Autoren angewandt in einem Falle, wo bei einem soeben wegen Appendicitis und Iliacalabsceß operierten 10 jährigen Mädchen eine eventuelle Ureterverletzung in Frage kam. Sowohl Blaseninspektion, wie Ureterenkatheterismus waren leicht auszuführen und erwiesen den Verdacht als unrichtig.

Die Autoren treten warm für die Methode der direkten Cystoskopie mittels Urethroskop von ca. Nr. 40 Dicke und 7 cm Länge ein. Sie ist beim Mädchen von 5 Jahren an bequem ausführbar. Der Ureterenkatheterismus mit Katheter Nr. 6 oder 7 läßt sich ohne weiteres anschließen. Besonders bequem macht sich ein mittlerer Trendelenburg, bei dem sich die Blase mit Luft füllt. Narkose oder lokales Anästheticum empfiehlt sich wegen der Ängstlichkeit der Kinder. *Fuchs* (Breslau).

Grandjean, A., Quel doit être le traitement de la tuberculose rénale? (Welches soll die Behandlung der Nierentuberkulose sein?) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **23,** Nr. 4, S. 245—250. 1913.

Die Erfolge mit konservativen Maßnahmen (Tuberkulinkur, Röntgenbestrahlung) sind vorläufig noch so ungünstig, daß man als einzige Therapie der Nierentuberkulose die Nephrektomie bezeichnen muß. Nur wenn die Operation unmöglich ist (z. B. bei doppelseitiger Erkrankung), soll man eine Tuberkulinkur versuchen. *Posner* (Heidelberg).CH

Bernard, Léon: Néphrite hydropigène tuberculeuse et amylose rénale. (Nephritis tuberculosa hydropica und Amyloid der Niere.) Paris méd. Nr. **32,** S. 137—141. 1913.

Verf. verteidigt seine bereits im Jahre 1901 in Gemeinschaft mit Laudouzy gemachten Beobachtungen, wonach viele Fälle von Nephritis parenchymatosa chron. durch den Tuberkelbacillus hervorgerufen sind. Verf. nennt diese Nephritisart „néphrite hydropigène“; ihre klinischen Erscheinungen sind folgende: chronische Affektion von einer Dauer von etwa zwei bis drei Jahren, starke Albuminurie, Oligurie, subcutane und viscerale Ödeme, Fehlen von cardiovasculären Zeichen der Blutdrucksteigerung und Fehlen von Symptomen einer urämischen Intoxikation. Sie findet sich bei vorgeschrittenen Phthisikern und als Form einer larvierten Tuberkulose; sie hat aber, entgegen der Behauptung von Brault und Courcoux, mit amyloider Degeneration nichts zu tun. Als neuen Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht liefert Verf. die ausführliche Krankengeschichte eines 17 jährigen jungen Mannes mit Obduktionsbefund. Es geht daraus hervor, daß der Tuberkelbacillus imstande ist, eine chronische Entzündung der Nieren hervorzurufen. *Hirschberg* (Berlin).

Lucksch, Franz: Neuere Untersuchungen über die Nebennieren. (*Pathol.-anat. Inst. u. pharmakol. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 26, S. 365—366. 1913.

1. Pferde- und Rindernebennieren erwiesen sich bei der Verfütterung giftig für Ratten: besonders scheint das Adrenalin (Marksubstanz) giftig zu sein. 2. An 90 Leichen wurde der Adrenalingehalt der Nebennieren mittels der Follinschen Methode geprüft. Der Adrenalingehalt war nicht herabgesetzt bei akuten Infektionen (bei der Diphtherie sogar erhöht), dagegen bei chronischen (Tuberkulose), ferner bei Hirnblutungen und Tumoren. Erhöht war der Adrenalingehalt bei Nephritiden und Vitien. Die Nachprüfung der Resultate Robinsons, der aus dem Adrenalingehalt des Harnes bei schwangeren Frauen das Geschlecht des Foetus vorhersagte, gestattet noch kein abschließendes Urteil. Den Schluß der Arbeit bildet die kasuistische Mitteilung zweier Fälle von Nebennierentumoren. *Wiesel* (Wien).M

Hutchinson, J.: Obstruction of the ureter by aberrant renal vessels; a clinical study of the symptoms and results of operation. (Verschluß des Ureters durch aberrierende Nierengefäße; eine klinische Studie der Symptome und Operationsresultate.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 8. Surg. sect. S. 201—224. 1913.

Verf. berichtet über 22 am London-Hospital beobachtete und operierte Fälle. Die Diagnose ist nicht leicht, aber auf Grund folgender Symptome möglich: Die Patienten sind meistens Männer (16 : 6). Die Affektion ist einseitig und zwar rechts zweimal so häufig wie links. Die erste Attacke setzt, obwohl es sich um eine kongenitale Anomalie handelt, selten vor dem 15. Jahre ein, meistens zwischen 15 und 25 Jahren. Der sehr heftige Schmerz wird hauptsächlich in die Lendengegend verlegt, selten strahlt er nach Leiste und Testikel aus, noch seltener nach der Schulter. Der Schmerz tritt in Perioden auf, anfangs in Monaten und Jahren, später wöchentlich und öfter. Schließlich, wenn das Becken dauernd erweitert ist, schwinden die Attacken, es bleibt ein dumpfer Schmerz in der Lende zurück. Objektive Anzeichen fehlen bis auf die Fälle, in denen eine dauernde Hydronephrose zustande gekommen ist. Eine Wanderniere ist in verschwindend wenig Fällen nachweisbar. Das Röntgenbild sichert die Differentialdiagnose gegen Stein. In der Regel fehlen Symptome seitens der Urinsekretion (kein Harndrang, keine abnormen Harnbestandteile); gelegentlich kommt es zu leichter Hämaturie, Spuren von Albumen und Eiter, Schmerzen bei der Miktion. Die häufigsten Fehldiagnosen sind Ulcus duodeni, Gallensteine, Nierensteine, Appendicitis. Das abnorme Gefäß verläuft ebenso häufig hinter wie vor dem Ureter. Die Behandlung besteht in einfachen Fällen in doppelter Ligatur und Durchtrennung des Gefäßes. Genügt bei stark erweitertem Nierenbecken nicht die einfache Streckung des Harnleiters und Fixation der Niere, um den Ablauf des Urins zu sichern, so ist im allgemeinen die Nephrektomie indiziert, ebenso in allen Fällen, in denen viel Nierenparenchym zugrunde gegangen ist. Plastische Operationen am erweiterten Nierenbecken geben kein gutes Resultat.

In der Diskussion weist Kidd darauf hin, daß bereits im 17. Jahrhundert ein Anatom (Nikolaus Culpepper) ein aberrierendes Nierengefäß abgebildet hat, ferner auf den hohen diagnostischen Wert der Pyelographie (Collargol). Nach Mayo hat jede 25. Niere eine kongenitale Anomalie. Johnson berichtet, daß aberrierende Nierengefäße in 14% der Fälle vorkommen. Er erwähnt die Mitteilung Mayos aus dem Jahre 1909, der bei 27 operierten Fällen von Hydronephrose 20 mal ein abnormes Gefäß fand; 13 mal beseitigte die einfache Durchtrennung des Gefäßes die Harnstauung. Außer der Pyelographie, die er für sehr wertvoll hält, kommt für die Stellung der Diagnose auch der cystoskopische Befund in Betracht. Verlängerung des Orificiums des Ureters, Turgidität und Schwellung der Lippen weisen auf eine Erweiterung des Nierenbeckens hin. *Liek* (Danzig).

Hartmann, Joh., Zur Kasuistik und operativen Behandlung überzähliger aberranter Ureteren. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7, H. 6, S. 429—446. 1913.

Hartmann konstatierte bei einer 33jährigen Patientin, welche, da sie Bettnässerin war, bereits an verschiedenen Stellen Hilfe gesucht hatte, unterhalb des Orificium ext. urethrae eine kleine Öffnung, aus welcher bei Hustenstößen ein kleines Tröpfchen hervorkam; nach dem Ergebnisse der weiteren Untersuchung wurde diese Öffnung als Ausmündung eines überzähligen, aberranten Ureters erkannt, welcher auf vaginalem Wege in die Blase implantiert wurde. Durch die Operation wurden alle Beschwerden dauernd beseitigt.

Aus der Literatur werden 15 Fälle von aberranten überzähligen Ureteren zusammengestellt, ferner 12 Fälle, bei denen die Entscheidung, ob es sich um aberrante überzählige oder vollwertige Harnleiter handelt, unmöglich ist, und schließlich 7 Fälle von abnorm ausmündenden vollwertigen. Klinisch ist die Angabe wichtig, daß neben der Inkontienz die Möglichkeit vorhanden ist, in normaler Weise Harn zu entleeren. Die Feststellung der kleinen Öffnung ist oft sehr schwierig. Sondierung gelingt beinahe niemals. Von Operationsmethoden kommen in Betracht die Implantation in die Blase oder in die Harnröhre; für erstere der vaginale, transvesicale oder abdominale Weg, von welchen die vaginale Implantation als die Methode der Wahl bezeichnet wird. *Rubritius* (Marienbad).[CH]

Hottinger, R.: Über Cystitis. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Dermatol., d. Syphilidol. u. d. Krankh. d. Urogenitalapp. Bd. 2, H. 7, S. 1—29. 1913.

Verf. gibt eine Übersicht über Diagnostik, Ätiologie, Symptomatologie, Pathologie und Therapie dieser Blasenerkrankung. Er unterscheidet zwischen spontaner Cystitis (z. B. bei Gonorrhöe oder Pyelonephritis) und artefizieller (durch Instrumente verursacht). Zum Entstehen einer Cystitis ist neben der Infektion des Urins eine Infektion des Gewebes selbst und eine pathogene Einwirkung auf dieses notwendig. Ein spezifisches Bakterium der Cystitis gibt es nicht, meist liegt eine Mischinfektion vor. Die Cystitis begünstigende Zustände sind Traumen der Blase (z. B. bei Operationen in ihrer Nähe, Retentio urinae.) Zur Diagnose wird auf die Bedeutung der Cystoskopie hingewiesen. In der Therapie werden alle modernen internen Mittel und Blasenspülungen besprochen.

Hirschberg (Berlin).

Heresco, Pierro: De la cystectomie totale dans les néoplasmes multiples ou infiltrés de la vessie. (Über die totale Cystektomie bei multiplen oder infiltrierenden Tumoren der Blase.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. 69, Nr. 20, S. 504 bis 505. 1913.

Heresco berichtet über vier Beobachtungen, die mit Erfolg operiert wurden. Der eine starb 6, der andere 10 Monate nach der Operation, die anderen beiden sind jetzt $1^1/_2$ und 2 Jahre geheilt. H. hat insofern die Operation modifiziert, als er die Ureteren in das Hypogastrium eingepflanzt hat, wo die Fisteln sich leicht mit den gewöhnlichen Apparaten verschließen lassen. Diese Methode ist deshalb besser wie die Einpflanzung in die Lumbalregion, wo sich Apparate nur schlecht anbringen lassen und besser als die Einpflanzung in den Darm, wegen der stets eintretenden aufsteigenden Infektion.

Kotzenberg.[CH]

Crockett, Frank S.: Use of thermostabile toxines in urethral and bladder infections, using the urine as a vehicle. (Verwendung wärmebeständiger Toxine bei der Behandlung von Harnröhren- und Blaseninfektionen und des Urins als Transportmittel.) New York med. journal Bd. 97, Nr. 25, S. 1296 bis 1299. 1913.

McFarland betrachtet die Vaccine lediglich als Lösung von Toxinen der in der Flüssigkeit enthaltenen Bakterien. In einem Gonokokkenurin würden demnach die Toxine der Gonokokken enthalten sein und sich von den Keimen durch ein Berkefeldfilter völlig trennen lassen. Dieses Filtrat muß die Wirkung einer autogenen Vaccine haben. Verf. beobachtete, daß bei Ausbreitung der gonorrhoischen Infektion auf die Hoden, die mit Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens verbunden waren, die Lokalerkrankung der Harnröhre, Ausfluß, Schmerz usw. für einige Tage verschwanden. In einer Arbeit über Autotherapie kommt Duncan zu folgendem Schluß: Wenn das pathologische Exsudat oder Endprodukt irgendeiner lokalisierten oder nicht lokalisierten Infektionskrankheit des Körpers mit Berkefeldtiter filtriert und das Filtrat unter die Haut oder in gesundes Gewebe gebracht wird, werden sich der Infektion entsprechende spezielle Antikörper zu entwickeln suchen. Auf Grund dieser Anschauungen und Sätze kam Verf. dahin, bei gonorrhoischen Erkrankungen der Harnröhre und der Blase, sowie bei Koliinfektionen letzterer Autovaccine in Form des eigenen Urins des Patienten demselben subcutan einzuspritzen. Die Einzeldosis betrug anfangs 0,1 ccm, stieg bis 0,5 bei Gonorrhöe, bis 1,0 bei Cystitis und bis 2,0 bei Koliinfektion. Der Urin wurde durch Berkefeld filtriert oder bis zu 10 Minuten zentrifugiert und später zur Vermeidung der starken Lokalreaktion bis zum Kochen erhitzt. Die Reaktionen waren bei kleinen Dosen weder lokal noch allgemein sehr stark und gingen schnell vorüber. Die Wirkung äußerte sich sehr prompt mit Aufhören des Schmerzes und der Eiterausscheidung im Urin: nach einigen Tagen kehrten letztere jedoch wieder, um erst nach wiederholten Injektionen zu verschwinden. Verf. hat 25 Fälle, von denen 3 in Krankengeschichten mitgeteilt werden, so behandelt, will aber in dieser vorläufigen Mitteilung noch kein abschließendes Urteil fällen und fordert zur Nachprüfung auf. *Hoffmann.*[CH]

Horwitz und Ipatoff: Cystoskopie und Ureterkatheterisation als diagnostisches Hilfsmittel in der Gynaekologie. Arb. a. d. geburtshilfl.-gynaekol. Klin., Prof. Redlich, St. Petersburg, Bd. 1, S. 41—54. 1913. (Russ.)

Anwendung der Cystoskopie in 52 Fällen. In einem Fall Diagnose: Durchbruch eines parametritischen Exsudats in die Blase. In 2 Fällen Diagnose: Blasenscheiden- und Blasencervixfisteln. In anderen Fällen wurde die klinische Diagnose Fistel durch Cystoskopie redressiert; es war nur eine Sphyncterparese. In einem Fall 3 Uretermündungen (1 links und 2 rechts). Beide rechten sprudelten gleichzeitig. 1 Fall von Ca. vesicae. 1 Fall von Sarcom. vesicae. 1 Fall von bösartiger Nierengeschwulst. 2 Fälle von Papilloma vesicae. Ureterkatheterismus in 4 Fällen von Pyelitis. In 3 Fällen von Pyelitis im Wochenbett wurde im Urin des Nierenbeckens Bact. coli, im 4. Fall Streptokokken gefunden. Durchspülung des Nierenbeckens mit Hydrargyr. oxycyanat. (1: 5000) und nachfolgender Injektion von 5 g 5 proz. Collargol gab gute Resultate. Der Arbeit sind cystoskopische Bilder besonders interessanter Fälle beigefügt.
Braude (Berlin).

Jarboe, Parran: Diagnostic value of the cystoscope from the standpoint of the general practitioner. (Der Wert des Cystoskops für die Diagnostik vom Standpunkte des allgemeinen Praktikers.) Virginia med. semi-monthly Bd. 18, Nr. 6, S. 145—147. 1913.

Empfiehlt die Anwendung des Cystoskops auch für den praktischen Arzt. Keine neuen Gesichtspunkte. *Liek* (Danzig).

Mamma:

Strong, Lawrence W.: Leiomyoma of the breast. (Leiomyom der Mamma.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 53—55. 1913.

Eine 46jährige verheiratete Frau hat seit 4 Jahren tief in der rechten Brust eine umschriebene, gleichmäßig harte Geschwulst verspürt, die vor 2 Jahren zu wachsen anfing. Dieselbe macht erst seit 6 Monaten Beschwerden. Der Tumor ist beweglich unter der Haut und über der Muskulatur; Einziehung der Warze, Ulceration und Fluktuation fehlen. Bei der Operation wird ein 6×3 cm großer Tumor mit deutlicher Kapsel gefunden ohne Zusammenhang mit der Warze. Die Kapsel wird zum Teil von der Fascie des Musc. pectoralis gebildet, dessen Muskulatur nach der Entfernung des Tumors bloßliegt. Das Drüsengewebe ist vom Tumor verdrängt. Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus kernarmem, hyalinem Bindegewebe, mit zahlreichen Bündel glatter Muskelfasern. In der Mehrzahl der Muskelbündel verlaufen Kapillargefäße mit deutlichem Endothel. Stellenweise scheint ein Übergang der Gefäßwandmuskulatur in das Tumorgewebe nachweisbar. Obschon die Möglichkeit, daß der Tumor von embryonalen Einschlüssen ausgeht, nicht mit Sicherheit von der Hand zu weisen ist, ist doch der Ausgang von den Gefäßen am wahrscheinlichsten. Auf jeden Fall hängt er nicht mit dem Schließmuskel der Warze zusammen. Von letzterer Art sind zwei Fälle in der Literatur beschrieben; ein Fall wie der vorliegende steht einzig da. *Lamers* (Amsterdam).

Greenough, Robert B., and Channing C. Simmons, Fibro-epithelial tumors of the mammary gland. (Fibroepitheliale Tumoren der Brustdrüse.) Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Bd. 4, Nr. 1, S. 340—365. 1913.

Verff. beschreiben ausführlich die klinischen Charakteristiken der fibro-epithelialen Tumoren der Brust. Sie teilen sie ein in pericanaliculäre Fibrome, Myxome, Sarkome und Fibrocystadenome. Eine Trennung der pericanaliculären Formen von den intracanaliculären ist praktisch untunlich, da die klinischen Symptome und die Prognose die gleichen sind. In die Reihe der Myxome und Sarkome rechnen sie auch die Formen, welche von anderen Autoren teils unter anderen Namen beschrieben sind, als Adenosarkome, als Fibrosarkoma phyllodes usw. Eine strenge Trennung der fibrösen Formen von den sarkomatösen ist nicht möglich, da es fließende Übergänge zwischen beiden Arten gibt. Die cystischen Geschwülste unterscheiden sich mikroskopisch von den bisher beschriebenen durch ihren relativen Reichtum an Epithelgewebe, klinisch durch ihre Größe und häufige Multiplizität. Die Behandlung für alle Tumoren der Brust besteht in ihrer Entfernung. Bei den meisten gutartigen genügt die einfache Excision, oft ist eine plastische Operation angezeigt, selten ist die Ablatio mammae nötig, z. B. bei den Myxosarkomen; auch dann sind der Pectoralmuskel und die Achselhöhle zu schonen. *Carl* (Königsberg).[CH]

Salomon, Albert, Beiträge zur Pathologie und Klinik der Mammacarcinome. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H. 3, S. 573—668. 1913.

Die Arbeit bringt die Untersuchungen über 200 Fälle von Mammacarcinom. Die Anatomie der Brustkrebse ist eingehend berücksichtigt und dient als Grundlage für die Einteilung in knotenförmig infiltrierende, in diffus wachsende und in verschiebliche Tumoren mit ihren Unterabteilungen. Der solide knotenförmige Krebs ist der am häufigsten vorkommende; seine Ausbreitung geschieht hauptsächlich in den Spalten und Lymphbahnen des Bindegewebes; nicht selten (40%) auch im Kanalsystem der Drüse. Die peripheren Ausläufer solcher Krebse reichen weiter, als man gemeiniglich annimmt, deshalb ist eine Fortnahme weit im Gesunden anzustreben. Das Durchschnittsalter der Patienten mit dieser Krebsform betrug $50^1/_2$ Jahre. Der Medullarkrebs der Brust, häufig in Alveolarform wachsend, befällt meist jüngere Frauen; oft befindet sich das Parenchym in lactierendem Zustande. Auffallend ist die Größe der Metastasen. Hierzu, sowie zu den diffusen medullären Formen bringt Verf. instruktive Abbildungen. Bei Zerfall größerer Krebsknoten kommt es zur Bildung isolierter Krebscysten. Die Wand solcher cystischer Räume besteht im Gegensatz zu den echten Cysten aus Bindegewebe mit eingelagerten Krebszellen. Wenn eine Mastitis cystica maligne wird, entsteht meist ein Carcinom von gewöhnlichem solidem Typus, keine Krebscyste. Der Adenokrebs, das maligne Adenom älterer Autoren, präsentiert sich in cystischer Form und einfach schlauchförmig. Von klinischem Interesse ist die zum Teil sehr lange Entwicklungszeit solcher Tumoren bis zu 30 Jahren, im Mittel über 5 Jahre, und der häufig durch das Leiden bedingte seröse oder blutige Ausfluß der Warze. Von den diffus infiltrierenden, meist kleinzelligen Krebsformen sind eine große Anzahl als cirrhöse zu bezeichnen. Sie durchsetzen bei voller Entwicklung gleichmäßig die ganze Drüse; wenn sie klein sind und das Parenchym der Drüse sehr saftig entwickelt ist, so kann ihr mikroskopischer Nachweis nicht geringe Schwierigkeiten bereiten. Klinisch wichtig ist die kontinuierliche, oft in Perlschnurform sich darstellende Metastasierung nach der Achselhöhle hin, die Doppelseitigkeit des Leidens und die Beziehungen zur Lactation und Gravidität. Gute Verschieblichkeit eines harten Knotens im Mammagewebe läßt Carcinom nicht ausschließen, wie Verf. an 16 Fällen aus den letzten Jahren beweisen konnte. Wenn dann vergrößerte Axillardrüsen fehlen und kein den Tumor wenigstens in einer Richtung fixierender Strang gefühlt werden kann, kann die sichere Diagnose nur nach Probeexcision gestellt werden. Die Prognose solcher Krebsformen ist meistens gut. Zur Indikationsstellung ist zu bemerken: Fälle mit deutlich nachweisbaren supraclaviculären Drüsen, mit disseminierten Hautmetastasen und Verwachsungen mit der Thoraxwand gelten als inoperabel. Bei der Operation ist darauf zu achten, daß die Haut wenigstens drei Querfinger breit von der peripheren Grenze des Tumors mit entfernt wird. Der Defekt wird meist primär gedeckt oder später nach Thiersch. Die Prognose ist im wesentlichen bei billiger Berücksichtigung der gesamten Anatomie und der Art der Ausbreitung des Neoplasmas abhängig von der Zellart des Tumors. Die am stärksten anaplastischen Formen geben die schlechteste Prognose. *Carl.*[CH]

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Genty, Maurice: L'obstétrique au pays du Négus. (Die Geburtshilfe im Reiche des Negus.) Progr. méd. Jg. **44,** Nr. 29, S. 388—389. 1913.

Geburtshelfer gibt es nicht; nur die weiblichen Nachbarn sind bei der Entbindung zugegen. Beim Eintritt der Wehen läßt man einen Aufguß von Leinsamen trinken, damit die mütterlichen Weichteile schlüpfrig werden. Durch Räuchern der äußeren Geschlechtsteile soll eine schwere Geburt erleichtert werden. Während der Wehen stützt sich die Frau auf einen Stock; die Umstehenden rufen die Götter an. Es wird nie operativ eingegriffen, das Abdomen der Kreißenden wird gar nicht berührt, auch wenn die Geburt noch so lange dauert. Auch das Austreten der Placenta wird ganz sich selbst überlassen.

Puerperalfieber, auch Tetanus, gibt es nicht; ebensowenig Nabelinfektion des Kindes. Abnorme Lagen des Kindes sind äußerst selten. Die Wöchnerin bleibt eine bis zwei Wochen liegen; wenn möglich wird das Kind bis zum vierten Jahre an der Brust genährt. Nach Ablauf des Wochenbettes werden das Haus sowie alle Einwohner desselben von einem Priester durch Weihungen und Gebete „gereinigt". *Lamers* (Amsterdam).

Moreland, S. W.: Position and presentation in obstetrics. (Position und Präsentation in der Geburtshilfe.) Eclect. med. journal Bd. **73**, Nr. 7, S. 339. 1913.

Ethymologische Bemerkungen. Nur für Amerikaner von Interesse. *Wiemer* (Herne).

Schwangerschaft:

Paramore, R. H., The intra-abdominal pressure in pregnancy. (Der innere Abdominaldruck bei Schwangerschaft.) Lancet Bd. **184**, Nr. 25, S. 1725 bis 1727. 1913.

Die Erhöhung des inneren Abdominaldruckes bei Schwangerschaften ist schon seit längerer Zeit bekannt. Ihre Ursache ist die langsame Vergrößerung des Uterus. Ihr entspricht eine Ausdehnung des Abdomens nach außen und unten, sowie nach oben durch Heben des Zwerchfelles. Die in der ersten Schwangerschaft noch straffen Bauchwände verursachen zu dieser Zeit die stärksten Beschwerden. Die Atmung leidet durch Beeinträchtigung des Senkungsvermögens des Zwerchfelles. Die muskulösen Wände des Abdomens sind als gestreifte Muskeln in einem dauernden Zustand von Kontraktion. Bei Schwangerschaft jedoch tritt während des Nachtschlafes eine Erschlaffung der Wände und des Zwerchfelles ein, während dessen Uterus und andere Eingeweide des Abdomens sich ausdehnen können. Autor erklärt hieraus den Brechreiz morgens in der Schwangerschaft. Bericht über einen Fall mit Hypertrophie des Zwerchfelles, eine Folge des gesteigerten Abdominaldruckes. Auch die Beckenbodenmuskulatur hypertrophiert in der Schwangerschaft. Die Verdickungen des Bindegewebes verschwinden. *Mohr* (Berlin).

Hertwig, Oscar: Keimesschädigung durch chemische Eingriffe. Sitzungsber. d. kgl. preuß. Akad. d. Wiss., Physikal.-mathem. Kl. **30**, S. 564—582. 1913.

In einer Reihe von Versuchen wurde nachgewiesen, daß die reifen Samenfäden von Rana fusca in ähnlicher Weise wie durch Radium- und Mesothoriumstrahlen auch durch verschiedene chemische Stoffe (Methylenblau, Chloralhydrat, Strychnin usw.) in ihrer Konstitution verändert werden können. Gesunde Eier, die mit derartig vorbehandelten Samenfäden befruchtet werden, liefern mehr oder minder pathologische und zum Teil schwer mißgebildete Embryonen. *Isaac* (Frankfurt).[M]

Aschner, Bernhard: Untersuchungen über die Serumfermentreaktion nach Abderhalden. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 27, S. 1243—1245. 1913.

I. Untersuchungen über die Schwangerschaftsreaktion im engern Sinne:

45 Fälle aus der zweiten Hälfte der Schwangerschaft; sämtliche reagierten positiv. Hervorzuheben ist, daß die Fälle mit Schwangerschaftsnephritis und die Fälle mit Lues auffallend schwache Reaktion ergaben. Von 16 Fällen aus der ersten Schwangerschaftshälfte reagierten 14 positiv. 3 Fälle von wochen- und monatelang abgestorbenen Föten reagierten negativ. Ein Fall von Blasenmole reagierte deutlich positiv, ebenso 2 frische Fälle von Extrauteringravidität. Sämtliche Eklampsiefälle (8) reagierten deutlich positiv.

Ergebnisse: das Serum gesunder Schwangerer in allen möglichen Stadien reagierte fast ausnahmslos positiv. Auch Extrauteringravidität und pathologische Schwangerschaft reagieren positiv, so lange noch ein lebendes Ei bzw. lebendes Placentargewebe vorhanden ist. Serum von gesunden Nichtschwangeren reagiert einwandfrei negativ. Reaktion bei gynaekologischen Erkrankungen (Placenta als Abbausubstrat): bei Störungen der Ovarialfunktion und bei Uteruscarcinom vereinzelte schwach positive Reaktionen, bei welchen es dahingestellt bleibt, ob technische Fehler dabei im Spiele sind oder ob es sich um eine noch aufzuklärende Gesetzmäßigkeit handelt. Ein Teil dieser positiven Resultate wurde durch die gleichzeitig angestellte, negativ ausfallende, optische Probe in ihrer Beweiskraft abgeschwächt. II. Untersuchungen über den

Abbau von Ovarialsubstanz: Bei Myomen, klimakterischen Blutungen infolge von Metritis, bei manchen Fällen von Chlorose mit profuser Menstruation (ovarielle Blutungen), bei einer Anzahl von Adnextumoren, die mit Entzündung des Ovariums einhergehen, wurde Ovarium abgebaut. Der Abbau von Ovarium bei diesen Genitalerkrankungen ist als durch funktionelle Störungen der Ovarialsekretion bedingt zu betrachten. III. Untersuchungen über den Abbau von Harneiweiß: Das Eklampsieharneiweiß wurde vom Schwangerenserum regelmäßig abgebaut; das Harneiweiß der gewöhnlichen Nephritis dagegen nicht. Das Harneiweiß bei Schwangerschaftsniere wurde ebenfalls von Schwangerenserum abgebaut, jedoch bedeutend schwächer als das Eklampsieharneiweiß. Das Serum von Eklamptischen baute das eigene Eiweiß schlechter ab als das Serum von normalen Schwangeren. Der Umstand, daß das Eklampsieharneiweiß vom Schwangerenserum abgebaut wurde, während das Nephritikereiweiß nicht gespalten wurde, legt die Vermutung nahe, daß die beiden Eiweißarten von verschiedenartiger chemischer Beschaffenheit und vielleicht auch von verschiedener Provenienz sind, vielleicht in der Weise, daß bei der Eklampsie ein, wenn auch noch so geringfügiges Plus von abbaufähigem Eiweiß zu dem Harneiweiß der Nephritis hinzutritt. Verf. hält auf Grund seiner Untersuchungen zur Sicherung einer klinischen Diagnose die Verwendung der optischen Methode neben dem Dialysierverfahren für unbedingt wünschenswert. *Eisenbach* (Tübingen).

Gottschalk, Sigmund: Zur Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. (*Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 25, S. 1151—1152. 1913.

Beschreibung der Grundlagen und Ausführung der Reaktion nach Abderhalden. Bei 38 Schwangeren, darunter 21 Schwangeren der beiden ersten Monate, fiel die Reaktion positiv aus. In einem Falle erst bei der zweiten, 4 Tage später gewonnenen Blutprobe. Bei 8 Nichtschwangeren war das Resultat zweimal positiv.

Die Reaktion ist demnach kein unfehlbares Mittel zur Schwangerschaftsdiagnose, behält aber in Verbindung mit der Palpationsdiagnose ihre Bedeutung. Bei Divergenz sind beide zu revidieren. — Zum Schlusse erwähnt Verf., daß ein spontanes Wachsen des stenosierten äußeren Muttermundes bei Nulliparen ein zuverlässiges Frühsymptom einer intrauterinen Schwangerschaft ist. *Stolz* (Graz).

Abderhalden, Emil: Bemerkung zu dem Aufsatz von Evler: Beiträge zu Abderhaldens Serodiagnostik. Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 29, S. 1171. 1913.

Kritik über den Aufsatz Evlert. *v. Bomhardt* (München).

Jellinghaus, C. F., and J. R. Losee: The sero-diagnosis of pregnancy by the dialysation method. Based on the examination of serum from five hundred and sixty-three different individuals. (Die Serodiagnose der Schwangerschaft mittels der Dialysiermethode. Bericht über 563 Untersuchungen bei verschiedenen Personen.) (*Lying-in hosp.*) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York Bd. **9**, Nr. 2, S. 68—96. 1913.

Die Arbeit ist im wesentlichen eine genaue Beschreibung der Technik der Abderhaldenschen Dialysiermethode. Die Versuche erstrecken sich über 370 Schwangere und 193 Nichtgravide, teils Männer.

Mit fortschreitender Technik besserten sich die Resultate, doch glauben Verff., daß sich die Behauptung Abderhaldens betreffs der Brauchbarkeit seiner Serodianose nicht voll bewahrheite, andererseits sei die Methode ein gutes Mittel zur Unterscheidung zwischen gesunder und kranker Schwangerschaft. *Wiemer* (Herne).

Routh, Amand: Observations on the toxaemias of pregnancy, and on eugenics from the obstetric standpoint. (Bemerkungen über die Toxämien der Schwangerschaft und über Rassenhygiene vom Standpunkt der Geburtshilfe.) Brit. med. journal Nr. **2740**, S. 17—20. 1913.

Autor bespricht obiges Thema vom medizinischen und sozialen Standpunkt. Am schwierigsten ist die Beschützung von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett (3000 Todesfälle jährlich an Wochenbettfieber und Ge-

burtsstörung in England und Wales, 99 430 Todesfälle unter Säuglingen im ersten Lebensjahr, etwa 19 000 Totgeburten). Autor verlangt gründliche Untersuchung der Autotoxämien zur Bekämpfung von Hyperemesis, Chorea, Albuminurie, Eklampsie, akuter gelber Leberatrophie, Schwangerschaftspsychosen. Das Studium über die Funktion der Placenta und der Drüsen ohne Ausführungsgang ist noch zu vertiefen. Bedeutendes leisten zurzeit hier die deutschen Zeitschriften. Es sind Laboratorien für Physiologie, Bakteriologie, Vaccinetherapie, Biochemie, Mikroskopie, X-Strahlen und Elektrotherapie zu schaffen. Die physiologische Chemie muß weiter helfen, wo Bakteriologie und Physiologie versagen. In der Placenta entstehen durch die zerstörende Wirkung der von den trophoblastischen Schichten des Chorion gebildeten Fermente auf die umgebenden mütterlichen Gewebe Toxine mit anschließender Autotoxämie (Abderhalden; Nachweis solcher Toxine im Blute schwangerer Frauen von der 6. Woche bis 14 Tage nach der Entbindung). Mosbacher hat syncytiales Zellalbumen im frühzeitigen Stadium der Placenta nachgewiesen. Häufig ist mit der Toxämie Acidosis kombiniert. Hinsichtlich innerer Sekretion kommen in Betracht die Thyreoidea, Zirbeldrüse, Thymus und Nebennieren, die mit Ovarien und Uterus in Beziehung stehen. Unter den Drüsen ohne Ausführungsgang findet nicht nur organische und funktionelle Harmonie, sondern auch gegenseitige Kompensationstätigkeit statt. Diese Tatsache eröffnet ein weites Feld zu Studium und Behandlung von Erkrankungen solcher Drüsen. — Milchproduktion ist nicht durch Nervenreiz hervorgerufen (Fall von Lactation nach vollständiger Paraplegie unterhalb des 5. Rückenwirbels), nach E. Schaefer ist sie das Resultat von galaktogenen Hormonen im Blutkreislauf, die vom hinteren Lappen der Zirbeldrüsen, vom Corpus luteum, dem sich zurückbildenden Uterus und der Milchdrüse selbst abstammen. Hormone von Placenta und dem Foetus während der Schwangerschaft wirken hemmend. — Besonderen Schutz in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verlangt die uneheliche Mutter und ihr Kind. Erfordernisse während der Schwangerschaft: Becken- und Urinuntersuchung, nötigenfalls Überwachung der Schwangerschaft, rechtzeitige chirurgische Eingriffe in Gebärstationen, Ausschaltung von Ursachen für Totgeburten (Syphilis). Vorschläge für die Geburt: Die durch das Versicherungsgesetz ausgesetze Mutterprämie von 30 s. sollte gleich nach Feststellung der Geburt ausgezahlt werden. Im Wochenbett ist Überwachung und längere Schonung der Mutter nötig. Verträge zwischen Schwesterverbänden und Versicherten behufs Pflege zu Hause leisten Gutes. *Mohr* (Berlin).

Kuhlmann, C.: Ein Fall von Uterus septus. (Bei der Placentarlösung diagnostiziert.) Straßburg. med. Zeit. Jg. **10,** H. 7, S. 177—178. 1913.

Mitteilung eines Falles von Retention der Placenta nach normaler Geburt bei Uterus septus. Die manuelle Austastung führte zur Erkennung der Mißbildung. Verf. bespricht die verschiedenen Arten von Schwangerschafts-, Geburts- und Nachgeburtsstörungen, die infolge Septumbildung eintreten können. *Eisenbach* (Tübingen).

Rudaux, P.: Végétations ano-vulvaires pendant la grossesse. (Wucherungen am After und am Scheideneingang während der Schwangerschaft.) Clinique (Paris) Jg. **8,** Nr. 27, S. 425. 1913.

Die im Titel angegebenen Erkrankungen, selten in der reichen Praxis, werden häufig genug bei den Armen angetroffen. Die Ursache für ihr Entstehen ist der Mangel an Fürsorge für Reinhaltung in einer Gegend, welche durch Scheidenausflüsse gereizt wird. Sie dürfen nicht, wie das lange Zeit geschah, für Erscheinungen der Syphilis gehalten werden. Es handelt sich um Hautentzündungen, welchen die Schwangerschaft ihren vergrößernden Charakter aufdrückt. Sie haben ihren Sitz im Scheideneingange, auf den Oberschenkelinnenflächen, in der Gegend des Dammes, des Afters und, jedoch seltener, auf der Scheidenschleimhaut. Ihre Größe wechselt von der eines einfachen Polypen bis zu Blumenkohlgröße. Sie sind weiß, rosenrot oder braun. Die Wucherungen sind der Sitz eines oft sehr reichlichen, eitrigen und übelriechenden Ausflusses, welcher einen starken Pruritus und ein über die ganze Schambeingegend und deren Nachbarschaft sich ausbreitendes Erythem entstehen läßt. Unbehandelt vergrößern

sie sich bis zum Schwangerschaftsende. Bei ihrer Anwesenheit ist die Elastizität der Gewebe verändert, sie disponieren auch zu Zerreißungen im Augenblicke der Entbindung. Die Behandlung versucht es, sie von ihrem Erscheinen an zu zerstören. Zuerst Scheidenspülungen von Kalium hypermangan 1 : 2000 oder man verbinde mit einer Gaze, die mit dieser Flüssigkeit getränkt ist. Verschwinden sie bei dieser Behandlung nicht, so verwende man salpetersaures Silber (3 : 30,0) oder Chromsäure (7:20), oder man verwende ein Pulver aus je 10 g Zinkoxyd, Tannin und Talk. Bemerkt man die Wucherungen erst im Augenblicke der Entbindung, so beginne man mit Verbänden von Kaliumhypermanganatlösung. 5 oder 6 Tage später kann man sie mit der Curette abkratzen und mit Messern herausschneiden, indem man jeden Stiel unterbindet oder mit dem Thermokauter abbrennt, wenn Unterbindung nicht möglich ist. *Pollak* (Prag).

Sauvan: Hydramnios aigu. Obstruction intestinale. (Akutes Hydramnion. Darmbostruktion.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 28, S. 565—566. 1913.

Kasuistische Mitteilung eines Falles von akutem Hydramnion. Durch Punktion Entleerung von ca. 10 l Fruchtwasser. Besserung der Beschwerden. Stuhlverhaltung trotz aller möglichen Drastika und Klystiere. Am 4. Tage brachte Peristaltine (Glykosid von Rhamnus purshiana) den gewünschten Erfolg. *Wiemer* (Herne).

Potherat, Gabriel: A propos de deux cas de grossesse extra-utérine rompue. (Über zwei Fälle von geplatzter extrauteriner Schwangerschaft.) Journal des sages-femmes Jg. **41**, Nr. 14, S. 297—298. 1913.

Die beiden Patientinnen erkrankten am selben Tage. Die eine wurde sofort operiert und geheilt. Die andere wurde zuerst mit Eis und Einspritzungen von Nucleatol Robin behandelt, bekam starkes Fieber und wurde erst nach 24 Tagen operiert. Es hatte sich ein bis an den Nabel und die Medianlinie reichender Tumor gebildet. Bei einer Colpotomia posterior kam es zum Abfluß von eitrigen, jauchenden, blutigen Massen. Die Temperatur blieb ungefähr noch einen Monat lang hoch. Trotzdem progressive Verbesserung. Bei Tubargraviditäten ist also die Operation der einzige richtige Weg; Warten ist immer gefährlich. Die Diagnose gründet sich auf dem allgemeinen Zustande, Facies abdominalis, heftige Bauchschmerzen, gespanntes, sehr druckempfindliches, abwärts gedrängtes hinteres Scheidengewölbe. *R. Chapuis* (Genf).

Lewis, S. E.: Pregnancy complicated by epileptic fits, burns, and the status epilepticus. Caesarean section. Recovery. (Schwangerschaft, kompliziert durch epileptische Anfälle, Verbrennungen und Status epilepticus, Kaiserschnitt, Heilung.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **20**, Nr. **6**, S. 706—708. 1913.

30jähr. I-Para mit starken Verbrennungen vierten Grades am rechten Arm und beiden Brüsten, zweiten Grades im Gesicht und beiden Vorderarmen. Epileptica. Fall in ein Feuer während eines Anfalles, Schwangerschaft im neunten Monat, Eröffnung der Blasen, Behandlung mit Picrinsäure. 25. Januar: 7 Anfälle, eiteriger Scheidenausfluß, Jodspülung. 26. Januar: mehrere schwere Anfälle, Status epilepticus; das Kind lebt, Herztöne schwächer und verlangsamt. 28. Januar: Verschlechterung, Bewußtlosigkeit, Tamponade der Scheide in Narkose zur Einleitung der Geburt, da von der Entbindung eine Besserung des mütterlichen Befindens erhofft wurde. Bromide und Chloral weggelassen. Strychnin. 29. Januar: Da die Cervix uneröffnet bleibt, Kaiserschnitt. Kind lebt. 4. Februar: Brandwunden geheilt, Eiterungen aus der Bauchwunde. — Heilung. *Mohr* (Berlin).

Schewachoff, S. W.: Zur Frage der Veränderung des Herzens während der Schwangerschaft. Arb. a. d. geburtshilfl.-gynaekol. Klin. Prof. Redlich, St. Petersburg Bd. **1**, S. 3—40. 1913. (Russ.)

Untersuchungen der Größe des Herzens bei Wöchnerinnen an verschiedenen Tagen (von 1—10) mittelst Röntgenverfahren, und zwar mittelst Teleröntgenographie (Abstand der Röhre 2 m). Bauer-Röhre. Um jedesmal die Antikathode gegen die Mitte des Herzens zu halten, damit bei jeder Aufnahme dieselben zentralen Strahlen verwendet werden, wurde am Stativ eine besondere Vorrichtung angebracht. Aufnahmen wurden während der mittleren Atmungsphase auf nüchternen Magen gemacht. Horizontale Lage im Bett. Expositionsdauer nicht unter 2 Sekunden, um sicher immer während der Diastole aufzunehmen. Die Größe des Herzens wurde bestimmt durch Messung des Medialabstandes rechts und M. L. Bestimmung des Längs- und Breitendurchmessers des Herzens als unexakt unterlassen. Mit dieser Methode wurden 4 Aufnahmen

gemacht; bei den anderen 6 wurde, um die mittlere Linie, von der M. L. und M. R. berechnet werden, nicht willkürlich zu ziehen, bei der Aufnahme ein Metallplättchen parallel dem Sternum aufgelegt und die Stelle auf der Haut mit Lapis markiert, um bei den nächsten Aufnahmen die mittlere Linie auf derselben Distanz von der auf dem Negativ sichtbaren Metallplättchen zu ziehen. Aus der beigefügten Tabelle ist ersichtlich, daß die Größe des Herzens in allen 10 Fällen verschieden ist; die Wirkung des Alters, Größe, Gewicht, Zahl der Geburten ist keineswegs konstant. Das Herz verkleinerte sich im Laufe des Wochenbetts in keinem einzigen Fall von den ersten 9 Fällen. Im 10. Fall mit Vitium cordis Verkleinerung des Herzens um 1 cm. Aus seinen Betrachtungen zieht der Verf. den Schluß, daß das normale Herz in der Schwangerschaft sich nicht vergrößert, folglich sich auch nicht dilatiert. Ob minimale Hypertrophie eintritt, kann nur das Mikroskop entscheiden. *Braude* (Berlin).

Mayer, A.: Die Beziehungen der Koli-Pyelitis zur Fortpflanzungstätigkeit. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 27, S. 1479 bis 1480. 1913.

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Gravidität nicht die eigentliche Ursache der Pyelitis darstellt, sondern nur eine gewisse Disposition zur Entstehung. Seiner Ansicht nach gibt es einen aszendierenden und deszendierenden Infektionsmodus, letzterer scheint ihm häufiger vorzukommen. Häufig wandern Kolibakterien bei gestörter Darmfunktion (Appendicitis, Magenstörungen usw.) auf dem Lymphweg in die Niere aus. Bei Pyelitis in Schwangerschaft kommt es häufiger zu Frühgeburten und zu schlecht entwickelten Früchten. Im Wochenbett gehen die Pyelitissymptome meist zurück. Wegen der Gefahr des Ascendierens soll sub partu nicht ohne Grund innerlich untersucht werden. Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Appendicitis, Peritonitis, puerperale Infektion, akute Erkrankungen des Respirationstraktus, uterine Blutung. *Weisswange* (Dresden).

Stutz, Gustav, Beitrag zum Thema: Tuberkulose und Gravidität (Sterilisation). Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 2, S. 397—403. 1913.

Autor hält den Vorwurf, daß die Ärzte durch Empfehlung antikonzeptioneller Mittel und Sterilisierung der Frauen die Geburtenzahl ungünstig beeinflussen, für unberechtigt. Ersterer Vorwurf trifft Zeitungen und Agenten. Die Zahl der ärztlich unterbrochenen Graviditäten und der sterilisierten Frauen ist sehr gering. Gewöhnlich haben die Mütter bereits ihrer Pflicht gegen die Allgemeinheit schon genügt, ihre Erhaltung ist zur Pflege der Kinder nötig. Kinder tuberkulöser Mütter bedeuten einen minderwertigen Volkszuwachs. Die Indikationsstellung zu künstlichen Aborten und Sterilisation sei dem Hausarzt überlassen. Bei jungen Frauen mit keiner oder geringer Nachkommenschaft mit Hoffnung auf Ausheilung der Tuberkulose unterbricht Autor nur die Gravidität. Den fortgeschrittenen tuberkulösen und kinderreichen Frauen schlägt er die Sterilisation vor, die womöglich vaginal durchzuführen ist. (Schwierigkeiten von seiten der Kassenvorstände bei mehrmaligem Krankenhausaufenthalt!)

Bei der Schauta - Wertheimschen Prolapsoperation oder vaginalen Fixuren nahe dem Klimakterium unterbindet Autor die Tube ca. 3 bis 4 cm vom Uterus, klemmt median ab, durchschneidet das mittlere Teil und fixiert das angeklemmte Ende extraperitoneal mit der Scheidennaht, nachdem das Blasenperitoneum auf der Hinterwand des Fundus angeheftet ist. Neuerdings näht Verf. die Fibrienenden extraperitoneal ein, mehrmals wurde bei Alexander-Adamsschen Operationen die Tube aus dem Peritonealkegel gezogen, einmal sezernierte die eine Wunde andauernd. Ähnliches erfolgte einmal bei vaginaler Fixierung des Uterus unter Granulombildung an den in die Scheide genähten Tubenstumpfen. Jetzt hat Autor auch das letztere Verfahren wegen des Vorkommens von Ileus infolge der so gebildeten Stränge aufgegeben Er modifizierte die supravaginale Amputation des Uterus nach v. Bardeleben. Er benutzt den Bogenschnitt unterhalb der Blase, schiebt die Blase unter Schonung der seitlichen Gefäße hoch, eröffnet das Peritoneum, näht das Blasenbauchfell an die hintere Cervixwand, trennt nach Abklemmen die spermatischen Stränge am Uterus ab, unterbindet die Arteria uterina, hierauf erfolgt die Amputation des Fundus. Bericht mehrerer Fälle. *Mohr* (Berlin).

Colorni, C.: Dermatosi (herpes zoster) complicante una gravidanza. (Dermatose [Herpes zoster] als Komplikation der Schwangerschaft.) (Soc.

Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18**, Nr. 7, S. 110. 1913.

Photographie einer Schwangeren, bei welcher einen Tag vor der Geburt linksseitiger Herpes zoster im Verlaufe des 7. Intercostalnerven sich entwickelte. Diese Erscheinung bildete sich rasch zurück. Sie wäre, nach den modernen Anschauungen, unter die Schwangerschaftstoxikosen einzureihen. *Colombino* (Mailand).

Pazzi, M.: Tenia e gravidanza. (Bandwurm und Schwangerschaft.) (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18**, Nr. 7, S. 106—107. 1913.

Ohne Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Geburt:

Welz, Walter E.: A study of the induction and augmentation of labor pains. (Über Hervorrufung und Verstärkung der Geburtswehen.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 1—11. 1913.

Nach kurzer Aufzählung der Theorien, die seit Hippokrates über die Ursachen des Geburtseintritts aufgestellt sind, referiert Verf. eingehend die experimentellen, an parabiotischen Tieren angestellten Versuche, sowie die mittels Injektion fötalen Serums gewonnenen, teils experimentellen, teils klinischen Resultate, um dann über eigene Injektionsversuche fötalen Serums bei 2 nicht graviden und 6 graviden Frauen zu berichten, welche nahe dem Ende der Gravidität waren. Die eben vor der Periode bei den nicht graviden Frauen ausgeführten Injektionen machten keinerlei objektive Symptome, auch wurde die Periode nicht beeinflußt. Die intravenös ins Gesäß ausgeführten Injektionen bei den 6 Gravidae am Ende der Schwangerschaft hatten folgendes Resultat.

Fall 1. Termin der Geburt 2. April. Am 3. Mai 4h 45′ p. m. 20 ccm injiziert. 4. Mai 8h 45′ a. m. Geburt. Kind 50 cm, 3200 g. Fall 2. Geburtstermin 22. Mai. Am gleichen Tage bei geschlossenem Cervicalkanal 11 a. m. 28 ccm injiziert. Nach leichter Steigerung bis etwa 37,6° (100° F) begannen am 23. Mai 10 a. m. die Wehen und 6h 45′ p. m. Geburt. Kind 50 cm, 3400 g. Fall 3. Geburtstermin 25. Mai. Am gleichen Tage 11 a. m. 25 ccm injiziert. 30. Mai kurze leichte Geburt, ohne daß nach Injektion Wehen aufgetreten waren. Kind 50 cm, 3300 g. Fall 4. Geburtstermin 7. Juli. Am 13. Juni 18 ccm injiziert. 21. Juni leichte vorzeitige Geburt. Kind 49 cm, 2800 g. Fall 5. Geburtstermin 1. September. Praeeclamptische Symptome, Alb. 0,1 %, Magenstörungen, Kopfweh, Übelkeit, Sehstörungen, Blutdruck 150. 19. Juli 27 ccm injiziert. 4. p. m. In der Nacht leise Wehen; 21. Juli 10 a. m. Mm. 7 cm weit. Kopf nicht eingetreten, wegen Zunahme der toxämischen Symptome leichte Wendung und Extraktion. Kind 45 cm, 1600 g. Urinsymptome bessern sich rasch. Fall 6. Geburtstermin 10. April. 31. März 5 p. m. 25 ccm injiziert. 1. April 2 p. m. erste Wehen. 2. April 9h 45′ a. m. Geburt. Kind 50 cm, 3600 g.

Wenn Verf. auch zugibt, daß theoretisch der spontane wie auch der durch die fötalen Seruminjektionen provozierte Geburtseintritt kaum als anaphylaktischer Vorgang gedeutet werden könne, da es sich ja um Serum der gleichen Spezies handele, so glaubt er andererseits doch, daß gewisse Eiweißstoffe des Foetus, besonders die Endprodukte seines Eiweißstoffwechsels, in diesem Sinne auf die Mutter wirken und bei lokaler kumulativer Ansammlung im Uterus diesen sensibilisieren und so zu Wehen anregen können, wie umgekehrt Fälle von missed labour und „Übertragung“ auf einen Mangel an diesen Substanzen zurückgeführt werden müssen. Auch die Neigung zu Abort bei Lues und Nephritis glaubt Verf. so erklären zu können, daß infolge entzündlicher oder degenerativer Vorgänge in der Placenta der Übergang dieser Stoffe in die mütterliche Zirkulation vermehrt ist, während bei der Eklampsie durch dies Übermaß die Leber und andere Organe vorher geschädigt werden. Zum Schluß bespricht Verf. kurz die günstigen Resultate, welche er mit Pituitrininjektionen sub partu erzielt hat, wobei Verf. in einem Falle typische tonische Kontraktionen auftreten sah. *Vaßmer* (Hannover).

Valtorta, F.: L'allacciatura del funicolo. (Unterbindung der Nabelschnur.) Arte ostetr. Jg. **27**, Nr. 13, S. 193—200. 1913.

Betont die Wichtigkeit der Asepsis beim Abbinden der Nabelschnur. *Wiemer.*

Weber, Arthur: Über intravenöse Injektionen kleiner Mengen von Menschenblut bei der Behandlung schwerer Anämien. (*Med. Klin., Gießen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 24, S. 1307—1309. 1913.

Es wurden in den letzten 4 Jahren 46 intravenöse Injektionen bei 18 Patienten gemacht. Um Reizerscheinungen, die früher nach der Transfusion zur Beobachtung kamen, möglichst zu vermeiden, wird das defibrinierte Blut erst nach 24stündigem Stehen im Eisschranke injiziert. Die Dosis beträgt 5 ccm und wird wiederholt gegeben. Größere Mengen rufen stärkere Reaktionen — Temperaturanstieg, Schüttelfrost, Puls- und Atembeschleunigung — hervor. 15 Fälle wurden mit gutem Erfolge kombiniert mit subcutanen Arseninjektionen behandelt. Über 3 Fälle, die nur mit Seruminjektionen behandelt wurden, wird ausführlich berichtet. In 2 Fällen von perniziöser Anämie trat eine außerordentliche Besserung des Allgemeinbefindens und des Blutbildes ein, in dem dritten Falle von schwerer Anämie hob sich das Allgemeinbefinden, während das Blutbild keine wesentliche Besserung zeigte. *Wortmann* (Berlin).CH

Harrar, James A.: Massive infraperitoneal hematoma of the pelvis. Report of three cases following parturition. (Großes extraperitoneales Hämatom des Beckens. Bericht über 3 Fälle im Anschluß an eine Geburt.) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York Bd. **9**, Nr. 2, S. 125—128. 1913.

Harrar berichtet, daß unter 23 000 Geburten des Lying-in-Hosp. in New York sich 21 mal Hämatome der Vulva und Vagina gefunden hätten, hiervon waren 62% I. parae. Außerdem beschreibt er 3 Fälle von großem extraperitonealem Hämatom des Beckens, das sich in einer solchen Ausdehnung extraperitoneal entwickelte, daß das Leben der Gebärenden in Gefahr kam. Die Blutung stammte jedenfalls aus dem Venenplexus vor der Blase oder aus dem Plexus des Bulbus vestibuli. Von den 3 erwähnten Fällen ging eine Frau an Anämie zugrunde. Die Behandlung bestand in Spaltung von der Vagina aus, nach erfolgter Ausräumung Tamponade. Von den Geburten erfolgte eine spontan, die zwei anderen durch Forceps. *Wiemer* (Herne).

Schröder, Hans: Die Späterfolge geburtshilflichen Handelns. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Erg.-H., S. 129—141. 1913.

Schröder stellte an dem Material der Bonner Frauenklinik aus den Jahren 1893—1905 Nachforschungen an über das weitere Schicksal der wegen engen Beckens durch Kaiserschnitt und durch künstliche Frühgeburt geborenen Kinder.

Die Nachforschungen reichen bis $1^1/_4$ Jahr nach der Geburt. Es zeigte sich, daß von den durch künstliche Frühgeburt geborenen Kindern, mit einer mütterlichen Mortalität von 2,54% und einer kindlichen Mortalität von 43,69% bis zur Entlassung aus der Klinik, nach $1^1/_4$ Jahren über die Hälfte, wahrscheinlich aber noch über $^3/_5$ (60,5%) tot ist. Etwas besser steht es beim Kaiserschnitt, während hier die mütterliche Mortalität sich auf 6,57% beläuft, sind bei einem primären Verlust der Kinder von 12,5% nach $1^1/_4$ Jahren ca. 42,5% gestorben.

Als Hauptursache für diese traurigen Resultate nennt Sch. die soziale Not der Eltern und die mangelnde Brustnahrung. Hier, meint er, müßte der Hebel angesetzt werden, wenn ernstlich ein Erfolg zu erhoffen sein solle. Die statistischen Nachforschungen Sch.s zeigen auch weiter, daß die Erfolge für uneheliche wie für eheliche Frühgeburtskinder betreffs der Endresultate nahezu die gleich schlechten sind. Verf. glaubt bei diesen wenig erfreulichen Tatsachen bei den Müttern mit engen Becken in erster Linie Rücksicht auf das Leben der Mutter nehmen zu sollen und ev. auch ein lebendes Kind zu perforieren, anstatt die Mutter zu einer eingreifenden Operation zu überreden, die nachher in vielen Fällen ihre Arbeitskraft schwäche und doch nur zweifelhaften Erfolg biete. *Wiemer* (Herne).

Cooney, H. C., Vaginal cesarean section in certain cases of eclampsia, placenta previa, pernicious vomiting, and in hemorrhage due to premature separation of the placenta. (Vaginaler Kaiserschnitt in gewissen Fällen von Eklampsie, Placenta praevia, unstillbarem Erbrechen, und bei vorzeitiger Placentalösung mit schwerer Blutung.) Journal-Lancet Bd. **33**, Nr. 10, S. 288 bis 289. 1913.

Ist das Becken nicht zu sehr verengt, so ist bei obigen Fällen mit Gefährdung der Patientin der vaginale Kaiserschnitt als schnellstes Hilfsmittel zu empfehlen, wenn Rigidität der Cervix Bossi und Ballon nicht verwenden lassen. — Schilderung der Technik (nichts neues). Bei enger Vagina Scheidendamminzision. — Bericht über 6 geheilte Fälle. *Mohr* (Berlin).

Rachmanoff, A. N.: 30 Fälle von klassischem Kaiserschnitt. (*Gebäranst., Moskau.*) Med. Rundsch. Jg. **40**, H. 11, S. 942—945. 1913. (Russisch.)

Auf 25 000 Geburten in der Zeit von 1907—1912 kamen 30 Fälle von klassischem Kaiserschnitt vor. Nur 7 Frauen kamen in die Klinik vor der Geburt; die anderen 23 Frauen meist erst einige Stunden vor der Operation. In keinem der 30 Fälle reichte die Zeit zu einer Waschung und Darmreinigung. Nur 5 Frauen waren innerlich nicht untersucht worden. 2 Fälle, die an Sepsis eingingen, waren, wie es sich nachträglich erwies, außerhalb der Klinik mehrmals innerlich untersucht worden, ohne die nötigen Vorsichtsmaßregeln. Bei 3 Frauen war das Fruchtwasser bereits abgegangen, bei zwei anderen war es zweifelhaft. Unter den 30 befanden sich 11 Erstgebärende und 19 Mehrgebärende. 28 Mütter und alle 30 Kinder sind am Leben geblieben. Nur in zwei Fällen trat Fieber nach der Operation auf. In 28 Fällen ist auf Verlangen der Mütter eine Tubenresektion gemacht worden.

Verf. hält es für sehr wichtig, die Tubenresektion etwa 2 cm weit von der Gebärmutter vorzunehmen, da auf diese Weise die nachträglichen Hämatome vermieden werden. Naht der Gebärmutter und des Abdomens mit Seide. Entfernung der Nähte am 8. Tage. Temperatursteigerung bis 38° bei erhaltener Blase gibt keine Kontraindikation gegen die Operation. Für verschleppte Fälle bleibt nur die Perforation des lebenden Kindes. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Pobiedinski, N. I.: Die Erfolge des Kaiserschnittes in Rußland in den letzten 25 Jahren. Med. Rundsch. Jg. **40**, H. 11, S. 964—965. 1913. (Russ.)

Bis zum Jahre 1885 sind mit 3 Ausnahmen alle durch Kaiserschnitt entbundenen Mütter und die meisten Kinder gestorben. Die Sterblichkeit beträgt zur selben Zeit in anderen Ländern 54—85%. Seit 1886 sind bis jetzt in Rußland 445 Kaiserschnitte gemacht worden. Die größte Zahl fällt auf das Jahr 1910. In den letzten 11 Jahren sind in Rußland 310 Kaiserschnitte gemacht worden, davon 255 mal wegen engen Beckens. Als Indikationen sind außerdem noch zu erwähnen: Eklampsie 9 mal, verschleppte Querlage 2 mal, Placenta praevia 4 mal, Cervixverengerung 3 mal usw. Von den 319 Operierten starben 24 (7,5%), davon bei klassischem Kaiserschnitt 19 von 287 (6,6 %), bei extraperitonealem 3 von 18 und bei Porro 2 von 9. Der Tod an Sepsis beträgt beim klassischen Kaiserschnitt 3%. Ein wiederholter Kaiserschnitt ist in den letzten 25 Jahren 32 mal ausgeführt worden mit einem Todesfall. Die gleichzeitige Sterilisation ist in 99 Fällen gemacht worden. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Bondy, Oskar, Bakteriologische Untersuchungen beim extraperitonealen Kaiserschnitt. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 2, S. 582—603. 1913.

Die Hauptdomäne für den extraperitonealen Kaiserschnitt, gegenüber dem transperitonealen, stellen die „unreinen" Fälle dar. Verf. stellte seit $1^1/_2$ Jahren bei extraperitonealen Kaiserschnitten Untersuchungen an, zur Entscheidung: 1. Deckt sich die klinische Reinheit mit bakteriologischer Keimfreiheit? 2. Wie verlaufen die klinisch und bakteriologisch reinen Fälle im Gegensatz zu denen mit nachweisbarer Fruchtwasserinfektion? Methodik: 1. Möglichst unmittelbar vor der Operation wurde unter aseptischen Kautelen Sekret aus der Cervix, und falls diese verstrichen war, vom äußeren Muttermund entnommen; 2. sofort nach der Eröffnung der Eihöhle wurde mit einem sterilen Wattepinsel vom Cervixschnitt aus Fruchtwasser entnommen. Von jedem Sekret wurde ein Ausstrichpräparat, eine Blutagarstrichplatte, eine Schüttelkultur mit hochgeschichtetem Traubenzuckeragar und meist noch eine Bouillonkultur angelegt. Beide Sekretentnahmen haben Fehlerquellen: 1. Wenn kurz vor der Sekretentnahme mit einem in eine Desinfektionslösung getauchten Handschuh untersucht ist, so konnte der negative Ausfall der Kultur gelegentlich durch die Hemmung resp. Vernichtung des Bakterienwachstums durch die Desinfektionslösung bedingt sein. 2. Der Pinsel kann bei der Fruchtwasserentnahme mit dem Blute in Berührung kommen. Durch dieses keimfreie Blut kann ein negatives Resultat hervorgerufen werden. Diese Fehlerquellen könnten aber die positiven Bakterienbefunde nur im ungünstigen Sinne beeinflussen, und Verf. legt ihnen deshalb keine Bedeutung bei. Mitteilung von 25 Fällen. Es kommt nach Verf. nicht so sehr darauf an, die ev. Keimfreiheit oder das Gegenteil festzustellen, als vielmehr nachzuweisen, was für Keime und in welcher Menge sie vorhanden sind. Staphylococcus albus (Micrococcus candicans), Pseudodiphtheriebacillen und auch die anhämolytischen Streptokokken erwiesen sich als relativ harmlos. Der

Ausstrich ist nicht zu vernachlässigen; er ist von Bedeutung, wenn Ausstrich und Kulturpräparat eines Sekretes übereinstimmen. Von Bedeutung ist namentlich der Keimgehalt des Fruchtwassers. Auswärts untersuchte Fälle mit gesprungener Blase und Temperatursteigerung über 37,5° („unreine" Fälle) hatten fast stets ein keimhaltiges Fruchtwasser. Bei diesen ausgesprochenen Fruchtwasserinfektionen fanden sich immer schon im Ausstrichpräparat reichlich Keime, ähnlich wie bei bakterienhaltigem Eiter. Es fand sich somit eine weitgehende Übereinstimmung zwischen klinischer und bakteriologischer Reinheit. Der klinische Verlauf der Fälle zeigte keine absolute Übereinstimmung mit dem bakteriologischen Befund. Die bakteriologische Untersuchung der Sekrete, speziell des Fruchtwassers, dürfte auch für die Indikationsstellung zum extraperitonealen Kaiserschnitt Bedeutung haben. Wenn das Ausstrichpräparat reichlich Keime enthält, ist der extraperitoneale Weg dem transperitonealen vorzuziehen; falls bei keimhaltigem Fruchtwasser transperitoneal operiert war, oder das Peritoneum eingerissen war, dürfte sich vielleicht eine Drainage der Peritonealhöhle empfehlen. Bei extraperitonealem Vorgehen ist in diesem Falle die Drainage der Zellgewebswunde rätlich. *Hauser* (Rostock).

Reed, Charles B.: Hebosteotomy. (Hebosteotomie.) Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 23, S. 226—232. 1913.

Eine Statistik über 500 Fälle von Hebosteotomie von Schäfli ergab 1,7 % mütterliche und 4,65 % kindliche Mortalität. Verf. hält sie daher für eine empfehlenswerte Operation, da die Prognose den Vergleich mit den anderen bei engem Becken in Betracht kommenden Operationen wohl erträgt oder noch besser ist. Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein: Becken nicht unter 7,5 cm. Conjug. vera, Kind lebend und lebenskräftig, normale Beschaffenheit der Weichteile, aseptischer Geburtskanal, vorangegangene Wehentätigkeit, gute äußere Bedingungen für den chirurgischen Eingriff (Klinik). Die Operation ist eine vorbereitende, die Entbindung soll spontan verlaufen oder durch Zange oder Wendung und Extraktion beendet werden. Weitere Indikationen sind auch bei normalem Becken: Stirnlage, Gesichtslage, mento-anterior oder posterior, wenn der Kopf im Becken ist und die Geburt nicht vorschreitet, Hinterscheitelbeineinstellung. Technik nach Doederlein, Incision und stumpfe Führungsnadel. In besonderen Fällen kann die Drahtsäge prophylaktisch eingeführt und der weitere Verlauf abgewartet werden. *Semon* (Königsberg i. Pr.)

Janvier, A.: Hébotomie ou symphyséotomie? (Hebotomie oder Symphyseotomie?) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24**, Nr. 2, S. 34 bis 275. 1913.

Historischer Überblick. Detaillierte Beschreibung der verschiedenen Methoden. Anatomie, Verhalten zu Blase, Muskeln, Venen usw. Ausführliche Beschreibung der verschiedenen, modernen subcutanen und offenen Methoden. Verf. übt eine eigene Modifikation des Kufferathschen Verfahrens.

Exakte Reinigung, Jodtinktur, Katheterismus, einige mm langer Einstich an der Außenseite des großen Labiums, Einführung der Nadel hinter dem Os pubis von unten nach oben und von außen nach innen. Einstich auf die Nadel, um die Spitze durchdringen zu lassen. Zurückziehen der Nadel mit eingefädelter, kurzer Giglisäge, Absetzen der Säge. Wiedereinstechen der Nadel in derselben Richtung durch die gleiche Öffnung vor dem Os pubis, das obere Ende der Säge wird eingefädelt und mit der Nadel nach unten herausgeleitet. Kreuzung der Sägenschenkel, Durchsägung von oben nach unten und etwas von hinten nach vorne. Kurze, dünne Säge. Nadeln verschiedener Krümmung!

Vorteile: Der Geburtshelfer kann in seiner Stellung zwischen den Beinen der Entbindenden verbleiben. Nicht nennenswerte Weichteilverletzung, kein Zeitverlust. Der untere Einstich muß tief sein, keine Kontrolle mit dem Finger, keine Drainage. Einfache Bandage, wie nach anderen Operationen. Die Beine der Entbindenden sollen nicht zu stark abduziert werden. Verletzungen werden gesetzt durch Nadel, Säge, zu starkes Auseinanderweichen der Fragmente mit eventueller Einklemmung der Blase, Druck des Kopfes während der Geburt. Die Blutung während der angegebenen Operation ist gering, wird durch rasche Extraktion des Kindes ganz beendigt, sekun-

däre Hämatome bei aseptischem Vorgehen belanglos. Indikation bei reifem Kind, engem Becken, Beckentumoren. Bedingungen: gebärende Frau, gedehnter oder dehnbarer Gebärmutterhals, Zustimmung der Gebärenden. Das Kind soll nach der Operation sofort extrahiert werden. Geringere Zerreißungen, geringere Usur der Weichteile, kürzere Narkose, Humanitätsgründe. Besprechung des Mechanismus der Beckenerweiterung, die besten Resultate beim einfach platten rachitischen Becken. Die Operation kann unter Umständen auch an der infizierten Frau gemacht werden. Die Operation ist ein Konkurrenzverfahren gegen den übermäßig langen und schweren Forceps, erspart in vielen Fällen Embryotomie, die Sectio und die Einleitung der Frühgeburt. Sie ist der Symphyseotomie überlegen. Die Hebotomie gibt raschere, bessere Heilung (10 Tage Bettruhe gegen 3 Wochen), die Nebenverletzungen geringer, die Gefahr der Venenverletzung und hiermit der Blutung kleiner, geringere Infektionsgefahr. Die Hebotomie ist leichter, einfacher, erfordert wenig Assistenz, ein kleines Instrumentarium (Bistouri, Nadel, Giglisäge mit Griffen) ist daher für das große Ärztepublikum und für das Privathaus geeignet. Die Dauer ist bedeutend kürzer. Erfolge bis zu einer Conjugata vera von 6,2 cm. Die subcutane Hebotomie ist der offenen vorzuziehen aus Gründen der Asepsis und der geringeren Blutung; sie kann gegebenenfalls jeden Augenblick durch einen Messerzug in eine offene umgewandelt werden. Anschließend ausführliche Krankengeschichten von 25 Hebotomien und 35 Symphyseotomien. Reiche Literaturangabe. Die Arbeit ist in allen Teilen außerordentlich reich an interessanten Details, die jedoch zum Referat nicht geeignet, im Original eingesehen werden müssen. *Schiffmann* (Wien).

Wochenbett:

Gillmore, Robert T.: Advanced treatment of puerperal infection. (Moderne Behandlung des Wochenbettfiebers.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 25, S. 1944—1946. 1913.

Gillmore faßt unter dem Begriff Wochenbettfieber alle lokalisierten und allgemeinen Infektionen zusammen, die im Anschluß an einen Abort oder eine rechtzeitige Geburt auftreten und bei denen der primäre Herd im Becken sitzt. Er empfiehlt für die schweren Formen allgemeiner Infektion, die durch Streptokokken gelegentlich durch Pneumokokken hervorgerufen werden, die Behandlung mit autogener Vaccine, deren etwas komplizierte Herstellung ausführlich geschildert ist. Die operative Behandlung soll nur bei einer absoluten Indikation vorgenommen werden; Curettage des Uterus bei Blutungen, die durch zurückgebliebene Reste im Uterus hervorgerufen werden, Beckenabscesse womöglich von der Scheide her eröffnet werden. Pyosalpinx soll erst im chronischen Stadium operiert werden, d. h. bei normaler Temperatur und normaler Leukocythenzahl. *Eisenreich* (München).

Warnekros: Placentare Bakteriämie. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 1, S. 173—195. 1913.

Entsprechend den positiven Blutbefunden bei fieberndem Abort konnten auch bei Fieber unter der Geburt unter 25 Fällen 18 mal während der Geburt Keime im Blute nachgewiesen werden, ohne daß die Prognose hierdurch beeinflußt wurde. Die gefundenen Keime, Streptokokken, Staphylokokken, Koli, Emphysematosus usw. stimmten im allgemeinen mit den im Uterussekret gefundenen überein. Der Blutbefund nach der Geburt war bis auf einen tödlich ausgehenden Fall stets negativ. Die in der Mehrzahl der Fälle vorgenommene bakteriologische Schnittuntersuchung der Placenta gibt über den Modus der Keimverschleppung Aufschluß, indem sich nachweisen ließ, daß die Keime bei vorzeitigem Blasensprung und eingetretener Fruchtwasserinfektion meist durch Amnion und Chorionplatte hindurch in die Placenta eindringen und durch die intervillösen Räume hindurch in die uteroplacentaren Venen mechanisch eingepreßt werden, so daß eine, für gewöhnlich vorübergehende Bakteriämie zustande kommt. Als therapeutische Konsequenz wird aus diesen Untersuchungen

gefolgert, daß bei Fieber die Geburt unbedingt zu beschleunigen ist, um die temporäre Keiminvasion möglichst schnell zu beenden. *Bondy* (Breslau).

Foetus und Neugeborenes:

Kjölseth, Marie: Untersuchungen über die. Reifezeichen des neugeborenen Kindes. (*Frauenklin. u. pathol. anat. Inst., Univ. Kristiania.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Erg.-H., S. 216—298. 1913.

Die Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat. Die Verf. hat außer den ihr zur Verfügung stehenden Protokollen 1072 neugeborene Kinder selbst nach allen Richtungen hin untersucht und kommt zu dem Schluß, „daß kein einziges Entwicklungszeichen allein und auch nicht eine Kombination verschiedener solcher Zeichen sich dermaßen charakteristisch erwiesen haben, daß aus ihrem Vorhandensein mit Sicherheit auf die Dauer einer Schwangerschaft geschlossen werden konnte". *Harm* (Dortmund).

Weißwange, Fritz: Über das Baden der Neugeborenen. (*Priv.-Klin., Dr. Weißwange, Dresden.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 30, S. 1101—1104. 1913.

Weil sich in jüngster Zeit in der Spezialpraxis Meinungsverschiedenheiten darüber gebildet haben, ob der neugeborene Säugling gebadet werden soll oder nicht, regt Verf. eine Diskussion über diese Frage an. Während z. B. nach dem neuesten sächsischen Hebammenlehrbuch die Hebammen angehalten werden, das Neugeborene gleich nach der Geburt und dann erst, nachdem der Nabel abgefallen und völlig vernarbt ist, wieder zu baden, tritt Verf. dafür ein, täglich zu baden, wie bisher; aber für sterile Versorgung und möglichst schnelles Abfallen des Nabelschnurrestes zu sorgen. Da bereits nach 12 Stunden eine demarkierende Entzündung als Schutzwall gegen Infektion vorhanden ist, so muß auf die erste Nabelversorgung das Hauptgewicht gelegt werden. Verf. empfiehlt folgendes Verfahren:

Nach der Geburt wird der Nabel mit zwei ausgekochten Kocherschen Klemmen intensiv gequetscht und das Kind mit der Klemme gebadet. Nach dem Baden wird der inzwischen kollabierte Nabelschnurrest $^1/_2$—1 cm vom Hautrand entfernt gleichfalls intensiv gequetscht, die Quetschfurche mit Catgut usw. fest unterbunden und der Rest abgeschnitten. Darauf wird der Nabel möglichst dick mit Dermatol eingepudert, steril verbunden und nach jedesmaligem Baden ebenso behandelt.

Dies Verfahren könnte auch den Hebammen in der Praxis beigebracht und gut gelernt werden. Indessen empiehlt es sich, der Verordnung des sächsischen Lehrbuches — wenigstens in Sachsen — so lange zu folgen, bis diese Bestimmungen wieder aufgehoben und einheitliche verbesserte Vorschriften für das ganze Reich erlassen werden. *Ehrenberg* (Berlin).

Davidsohn, Heinrich: Neue Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch, zugleich ein Beitrag zum Studium des lipolytischen Milchferments. (*Waisenh. u. Kinderasyl, Berlin.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **8**, H. 1, S. 14 bis 23. 1913.

Nach Zusatz von 1 bis 2 Tropfen Tributyrin zu etwa 5—10 ccm Milch und leichtem Umschütteln tritt bei Frauenmilch im Gegensatz zu Kuhmilch innerhalb weniger Minuten der stechende Geruch der Buttersäure auf. Man kann auf diese Weise sowohl rohe Frauenmilch von roher Kuhmilch unterscheiden, wie rohe von gekochter Frauenmilch. Die Methode ist nicht imstande, geringe Verfälschungen von Frauenmilch mit Kuhmilch aufzudecken. Erst wenn die Probe zu $^3/_4$ aus Kuhmilch besteht, fällt die Geruchsreaktion negativ aus. Bisher ist nicht bekannt, daß der Gehalt an lipolytischem Ferment bei der Frauenmilch so erheblich größer ist als bei der Kuhmilch. Das liegt teils daran, daß bei der üblichen Untersuchung der quantitativen Bestimmung der Säureabspaltung eine lange Versuchsdauer von 24 Stunden erforderlich ist. Andererseits ist die Feststellung der abgespaltenen Säure überhaupt keine geeignete Methode für die zur Diskussion gestellte Frage, da bakteriell bedingte Zersetzung des Zuckers zur Säure möglich ist. Verf. prüfte das lipolytische Ferment beider Milcharten mit Hilfe einer stalagmometrischen Methode. Wasser erfährt durch Sättigung mit Tributyrin eine beträchtliche Oberflächenspannungserniedrigung an der Grenzfläche gegen Luft, während die

Spaltprodukte darauf fast unwirksam sind. Fügt man zu 60 ccm einer gesättigten wässerigen Tributyrinlösung je 1 ccm roher Frauenmilch und Kuhmilch, sowie 3,0 ccm $^1/_3$ n sekundäres Natriumphosphat und bestimmt in einem Zwischenraum von 30 Minuten mehrfach die Tropfenzahl der aus einer geeichten Capillare ausfließenden Tropfen, so nimmt die Tropfenzahl der Frauenmilch erheblich ab und die Abnahme erreicht schon nach 60 Minuten ihr Maximum, während die Kuhmilch innerhalb von 24 Stunden nur eine geringe Abnahme erfährt. Läßt man eine Probe beider Milchen 24 Stunden auf Eis stehen und kontrolliert vorher und nachher die Oberflächenspannung, so beobachtet man eine ganz auffallende Erniedrigung der Oberflächenspannung in der Frauenmilch, während die Kuhmilch nahezu unverändert bleibt. Als Erklärung kann wohl nur das Entstehen von Seifen höherer Fettsäuren durch Spaltung des Milchfettes angenommen werden. Der Unterschied zwischen Frauenmilch und Kuhmilch muß wiederum auf einen verschiedenen Lipasegehalt zurückgeführt werden. Nach Zusatz von Pankreaslipase (Dünndarmsaft vom Säugling oder Aufschwemmung von Pankreatin-Rhenania) zeigt rohe Kuhmilch das gleiche Phänomen. Auf mehrfache Weise ist demnach dargetan, daß die Frauenmilch eine äußerst wirksame Lipase enthält, welche in der Kuhmilch nur in Spuren nachzuweisen ist. Da die Seifen stark hämolytische Eigenschaften besitzen, ist für die von Ellenbeck mitgeteilte Beobachtung, daß in der auf Eis aufbewahrten Frauenmilch ein inkomplexes stabiles Hämolysin entsteht, im Gegensatz zur Kuhmilch, eine Erklärung gefunden. Als Ursprungsstätte für das lipolytische Ferment der Milch kann das Blut angesehen werden. Damit stimmt der Befund von Michaelis und Rona gut überein, daß gerade in Blut und Serum des Rindes ein sehr geringer Gehalt an lipolytischem Ferment vorhanden ist. *Ibrahim* (München).[K]

Laroche: Gouttes de lait et allaitement au sein; les résultats statistiques de la Goutte de Lait de Montceau-les-Mines. (Milchküche und Brusternährung; Statistik der Goutte de lait in Montceau-les-Mines.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 13, S. 398—404. 1913.

Seit 1906, in welchem Jahre die Milchküche eröffnet wurde, sank die Stillhäufigkeit erheblich. Die Säuglingssterblichkeit an Darmerkrankungen in den letzten 5 Jahren stieg auf 31,2%, gegen 28,1% in den der Eröffnung der Goutte de lait vorausgegangenen 5 Jahren. *Nothmann* (Berlin-Wilmersdorf).[K]

Grant: Sull' allattamento artificiale. (Über künstliche Ernährung.) Clin. ostetr. Jg. **15**, Nr. 13, S. 297—301. 1913.

Ohne Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Smith, Claude A.: The proper care of milk in the home. (Die richtige Pflege der Milch im Hause.) Atlanta journal record of med. Bd. **60**, Nr. 3, S. 97—106. 1913.

Die wenigsten Schädigungen der Milch sind dem Milchhändler zur Last zu legen, der auch nur aus Unkenntnis sündigt. Überwiegend sind Fehler der Konsumenten die Ursache für die Verunreinigung der Milch. Milch, wenn nicht frisch und warm verbraucht, fällt der Fermentbildung und Fäulnis anheim, eine Folge der auch bei sorgfältigster Milchproduktion aus der Luft oder mit Staub hineingebrachten Keime. Eine kleine Anzahl derselben schädigt wenig. Es gilt nur ihr Wachstum zu verhindern. Warme Temperatur (über 50° Fahrenheit) befördert das Wachstum, daher hat der Milchmann die Milch unter 55° zu liefern und ist dieselbe unter dieser Temperatur zuhalten. In jedem Haushalt ein Thermometer! Die Milch soll morgens nach Ablieferung nicht auf den Treppenstufen stehenbleiben! Der Kühlschrank soll ebenfalls mit einem Thermometer dauernd auf seine Temperatur kontrolliert werden. Zu empfehlen sind Thermometer mit Maximal- und Minimalangaben zur Feststellung vorhergegangener Temperaturschwankungen. Der Kühlschrank soll seine Öffnung oben besizten, da so die kalte Luft unten gehalten bleibt. Das Eis muß den größten Teil der Flasche umgeben, damit nicht höhere Partien der Milch unter zu hoher Temperatur verderben. Zur Beschaffung der Milch wende man sich an Meiereien, deren Produkte auf Tuberkulose untersucht werden. Auf frische Morgenmilch ist Wert zu legen. Die Nahrung für das Kind ist alle 12 Stunden zu bereiten. Mußte die Milch auf ärztliche Anordnung erhitzt werden, so brauchte sie mehrere Stunden, um unter 50° abgekühlt zu werden. Kurz vor der Mahlzeit des Kindes soll eine der Flaschen in ein Gefäß mit warmem Wasser gestellt und alle drei bis vier Minuten geschüttelt werden. Sie muß vorsichtig

auf 95 bis 98% F erhitzt werden. Die Nährflasche muß eine weite Öffnung zur Erleichterung der Reinigung haben. Alle Flaschen müssen sofort nach Gebrauch ausgekocht werden. *Mohr.*

Backhaus: 20 Jahre Erfahrung in der Kindermilchbereitung. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 29, S. 1354—1356. 1913.

Die Backhausmilch, in mehr als 100 Anstalten eingeführt, hat sich in 20jähriger Praxis bewährt. Grundlegende Prinzipien sind, hygienische Gewinnung der Rohmilch, zweckentsprechende Sterilisierung und fabrikmäßige Herstellung auf wissenschaftlicher Grundlage. Letztere bietet große Vorteile vor der häuslichen Verarbeitung. *Graeupner.*

Bonnamour: Le lait desséché dans l'alimentation du nourrisson bien portant et du nourrisson malade. Les résultats, son mode d'émploi. (Die Trockenmilch in der Ernährung des gesunden und kranken Säuglings, die Erfolge und die Anwendungsweise derselben.) Arch. de méd. des enf. Bd. **16**, Nr. 5, S. 321—358 u. Nr. 6, S. 401—432. 1913.

Verf. hat die Anwendung der Trockenmilch bei einer großen Anzahl von Säuglingen ausprobiert. Er hat diese Milch verwendet zur Zwiemilchernährung, zur Ernährung gesunder Säuglinge vom ersten Lebenstage an und zur Ernährung kranker Kinder. Er hat dabei gefunden, daß die Trockenmilch dieselben Dienste leistet, wie gute frische Kuhmilch, ja daß sie in einigen Fällen besser vertragen wird als diese. Die wenigen Mißerfolge, die Verf. zu verzeichnen hatte, führt er nicht auf die Trockenmilch, sondern auf interkurrente Erkrankungen zurück. Er veröffentlicht 53 Gewichtskurven, die aber leider nur den Gewichtsanstieg erkennen lassen, ohne daß die Nahrungsmengen usw. aufgezeichnet sind. Die Anwendung der Trockenmilch geschieht folgendermaßen. Das erforderliche Pulver wird in die Flasche geschüttet und durch Zugießen von heißem Wasser aufgelöst. Nach schwachem Zuckerzusatz wird die Milch auf trinkfertige Temperatur abgekühlt und gegeben. Im 1. Lebenshalbjahr wird halbentfettetes Milchpulver, später Pulver mit vollem Fettgehalt verwendet, und zwar in der 1. und 2. Lebenswoche 1 gestrichener Eßlöffel Pulver in 3 Löffel Wasser, im 2. Lebensmonat 2 Löffel Pulver und 6 Löffel Wasser, im 6. Monat 3 : 8, im 12. Monat 4 : 10—12. Bei Auftreten von Diarrhöe geht Verf. wieder zu halbfettem resp. Magermilchpulver zurück. Es werden 7 Mahlzeiten täglich gegeben. Die wirkliche Milchmenge kann man nach folgender Berechnung leicht feststellen: 1 l Milch gibt 125 g Milchpulver. Ein gestrichener Eßlöffel enthält 5,5 g Milchpulver, so daß 22,7 Löffel Pulver 1 l Milch geben. Da nun 1 l Milch 1030 g wiegt, so entspricht ein Löffel Milchpulver = 45 g Milch. Verf. gibt daher in den ersten beiden Lebenswochen 315 g Milch, steigt auf 630 g im 2. Monat, auf 945 g im 6. bis auf 1200 g im 12. Monat. *A. Reiche* (Berlin).*

Stewart, Douglas H., The alpha and omega of the digestive tract in the newborn child. (Das Alpha und Omega des Verdauungstraktus beim neugeborenen Kind.) (Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., meet., Toledo, Ohio, 17.—19. IX. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 4, S. 682—687. 1913.

Autor gibt Auszüge aus Studien über Mund und Anus des neugeborenen Kindes. In Erhaltung einer guten Atemtätigkeit und Nahrungsaufnahme stören oft „Hasenscharte" und „Zungenbändchen", auch Verwachsungen zwischen Zunge und Gaumen. Beide letzteren sollen nur durchtrennt werden, wenn sie beim Saugen stören. Neuerdings wird dieser Eingriff auch verteidigt mit Hinsicht auf die plastische Tätigkeit der Zungenbewegungen zur Bildung von Mund, Nase und Gesicht. Störungen in der Mundform ziehen auch schlechte Bildungen von Nasenflügeln, Rückgrat, Brustbein, Bauchwänden nach sich infolge eines ungenügenden Ausgleichs mit dem äußeren Luftdruck und der unregelmäßigen Aufnahme sowie Abgabe der Atemluft. Der untersuchende Finger findet häufig im Rachengewölbe Netzwerke, die sich leicht von den weichen Massen der Adeonide unterscheiden. Diese „Telegraphendrähte" und ähnliche Verwachsungen sollen durchtrennt, Adeonide jedoch nur dann beseitigt werden, wenn sie das Atmen beeinträchtigen. Der Gaumen muß immer von Verwachsungen befreit werden. Es empfiehlt sich also, gleich nach der Geburt Nase und Rachenraum des Foetus digital

zu untersuchen. Entfernungen von Schleimmassen und Sorge für Schluß des Mundes arbeiten auch der Entstehung von Adeoniden entgegen. Adeoniden scheinen schlechten Mundschluß und dieser wieder Adeonide hervorzurufen. Um einen Mundschluß zu ermöglichen, sind nasale Schleimmassen mit in Lebertran getauchten Wattebäuschen zu reinigen, ev. ist für letzteres eine Lösung von Sodaborsäure zu nehmen. Nasenduschen sind schädlich. Digital sind ebenfalls halbmondähnliche Bänder innerhalb des Analsphincters zu zerstören. *Mohr* (Berlin).

Davis, Edward P.: Visceral hemorrhage in the newborn. (Blutungen in der Bauchhöhle bei Neugeborenen.) Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 23, S. 139 bis 153. 1913.

Bericht über 2 Fälle, in denen die Kinder kurz post partum ad exitum kamen. Die Sektion ergab in beiden Fällen Sepsis, die Verf. auf den toxämischen Zustand der Mutter während der Schwangerschaft bezog. Bei einem Kinde zeigte sich in der Bauchhöhle freies Blut. *Wiemer* (Herne).

Ingen, Philip van: Some neglected aspects of the problem of infant mortality. (Einige vernachlässigte Seiten des Problems der Kindersterblichkeit.) (Transact. of the med. soc. of the State of New York. Sect. on pediatr.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr 6, S. 1257—1260. 1913.

Autor berichtet, daß die Todesfälle durch Darmkatarrhe 25—30% der Gesamtkindersterblichkeit betragen. Kinderhospitäler, die Ausgabe von Prophylacticis, Milchstationen und Erziehung der Mütter hat viel gebessert. 25—40% erlagen der Geburtsschwäche, frühzeitiger Geburt usw. Hier muß Überwachung der Mutter während der Schwangerschaft und in der Geburt einsetzen. Ein reiches Schwesternmaterial allein kann diese Aufgabe erfüllen. *Mohr* (Berlin).

Gallois, Paul: Le coup de chaleur chez les nourrissons. (Der Hitzschlag beim Säugling.) Bull. méd. Jg. **27**, Nr. 41, S. 485—486. 1913.

Im Sommer des Jahres 1904 starben an einem heißen Tag 12 Säuglinge auf der Säuglingsabteilung des Hôpital Hérold ziemlich unerwartet. Bei der Unterbringung der Kinder waren alle Bedingungen zur Überhitzung gegeben. Verf. faßte damals die Sachlage auch so auf und sorgte in Zukunft durch Unterbringung von täglich 4 Eisblöcken auf der Station für bessere Temperaturverhältnisse. Ähnliche Massentode erfolgten seitdem nicht wieder. Auf Säuglingsabteilungen sollte ebenso für Abkühlungsvorrichtungen wie für Heizvorrichtungen gesorgt sein. *Ibrahim* (München).[K]

Davis, Edward P., Thymus death in the new-born, with report of a case. (Thymustod beim Neugeborenen mit Bericht eines Falles.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 5, S. 888—892. 1913.

Mutter 30 Jahre alt, tiefer Sitz der Placenta. Entbindung durch Kaiserschnitt bei stehender Blase. Während der Entbindung machte das Kind mehrere respiratorische Bewegungen. Nach 24 Stunden Exitus desselben mit Dyspnoe. Äußerlich keine Veränderung. Die Autopsie zeigt eine in beiden Lappen stark vergrößerte Thymusdrüse.

Die Thymus zeigt lymphatisches Gewebe, ihre Blutversorgung erfolgt von den a. a. Subclavia, Carotis, Mammaria interna und Thyreoidea. Sie wächst rasch im 7. bis 9. Monat des intrauterinen Lebens und einige Zeit nach der Geburt. Ihre Funktion ist unbekannt. Veränderungen der Thymus können infolge der Bildung eines Toxins mit Giftwirkung auf die Kreislauforgane den Tod herbeiführen (Hammar, Hart). Kompression von Gefäßen und Nerven durch die vergrößerte Thymus sind öfters berichtet, manchmal kompliziert mit Syphilis, ebenso Stenosen des Laryinx. Bronchialpneumonien können nachfolgen (Holt, Blake, Jacobi, Moscoso). Sabatier behauptet, daß die Blutveränderung ein Hauptfaktor in diesem Falle sei. Planchu und Bender fanden in einer hypertrophierten Thymus miliare Abscesse. Eine Beziehung zwischen Thymusveränderungen und dem Status lymphaticus ist nach Carlyll zweifelhaft. Autor lenkt die Aufmerksamkeit auf die enge Beziehung der Thymus zur Blutbereitung und metabolischen Prozessen des Foetus. Es ist anzunehmen, daß in anormalem Falle diese Drüse ein Toxin zu denen der Placenta und der ausfüh-

rungslosen Drüse hinzufügt. Die plötzliche Vergrößerung der Thymus nach der Geburt kann manchmal durch die Manipulationen zur Wiederbelebung des Kindes erklärt werden, die eine reiche Blutmenge in das zarte lymphatische Organ pressen. Teilweise Resektion der Thymus war in Weills Fall nicht erfolgreich, Entzündungen und Adhäsion der zurückbleibenden Teile an die Trachea folgte. Abscesse der Thymus sind durch Incision zu entleeren. Eine weitgehende Resektion der Thymus verhindern ihre häufigen tiefen Umwucherungen der Carotis. In dem Falle des Autors hat möglicherweise die Blutung der Mutter die Blutverhältnisse des Kindes geändert und so die Thymus geschädigt. Daß die Vergrößerung bereits vor der Entbindung vorhanden gewesen, erhellt aus den inspiratorischen Bewegungen ungewöhnlichen Charakters vor Eröffnung der Eihäute. *Mohr* (Berlin).

Blühdorn, Kurt: Ein Fall von Paratyphuserkrankung beim Brustkind durch Kontaktinfektion. (*Univ.-Kinderklin., Göttingen.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **12**, Nr. 2, S. 80—81. 1913.

12 Wochen alter Säugling erkrankt unter hohem Fieber mit Durchfall und Erbrechen an der Brust. Nach einer Magen- und Darmspülung lassen die Symptome nach, der Appetit kehrt wieder und nach Teediät wird das Kind munterer. Noch einige Tage Durchfall — Kind trinkt aber wieder gut an der Brust — dann Heilung. Im Stuhl konnten kulturell Paratyphus-B-Bacillen nachgewiesen werden. Infektionsquelle: Vier Tage vor der Erkrankung des Säuglings waren die Mutter und drei Geschwister nach dem Genusse von Wurst unter gleichen Symptomen erkrankt; allerdings wurde der Stuhl nicht bakteriologisch untersucht. Aber bei anderen aus der gleichen Quelle infizierten Patienten wurden Paratyphusbacillen nachgewiesen. Da das Kind von der Wurst wohl kaum genossen hat (es erkrankte auch erst 4 Tage später als die anderen), die Übertragung durch die Brustmilch unwahrscheinlich ist, so hält Blühdorn die Infektion für nur durch Kontakt entstanden. *Ochsenius* (Chemnitz).[K]

Balard, P., et C. Commes: Sur trois cas de dents à la naissance. (Über 3 Fälle von mit Zähnen geborenen Kindern.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17**, Nr. 14, S. 461—467. 1913.

20 solcher Fälle sind von Debègue (Thèse de Paris 1911) publiziert worden. Doch sind sie ziemlich selten. In der Maternité von Paris wurden in den Jahren von 1858—1868 nur 3 Kinder mit Zähnen geboren. Verf. hat auf 10 000 Geburten nur 2 solche Fälle beobachtet. Bei den 3 hier erwähnten Kindern waren die beiden unteren mittleren Schneidezähne bei der Geburt schon vorhanden. Sie fielen 2 mal nach 2—3 Tagen, einmal erst nach 3 Wochen aus. Mikroskopische Untersuchung.

Verf. meint, daß diese Bildungen wirkliche Teratome sind, die mehr oder weniger rasch durch einen entzündlichen Prozeß ausgestoßen werden. *R. Chapuis* (Genf).

Savariaud: Fracture intra-utérine chez un enfant nouveau-né consolidée au moyen d'appareils plâtrés successifs. (Intrauterine Fraktur bei einem Neugeborenen mittels häufig erneuerter Gipsverbände zur Konsolidierung gebracht.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. **26**, S. 1125. 1913.

Das 16 Tage alte Mädchen zeigte eine Fraktur des Unterschenkels und zwar drohte die Tibia die Haut zu perforieren und die äußere Fläche des Fußes konnte mit dem Knie in Berührung gebracht werden. Mittels häufig erneuerter Heftpflaster- und Gipsverbände unter gleichzeitiger sukzessiver Redressierung der Dislocationen gelang es eine vollständige Konsolidierung zu erzielen, ohne daß die Haut geschädigt wurde. Die noch zurückbleibende Dislokation soll durch eine Osteotomie beseitigt werden. *Vaßmer* (Hannover).

Graham, Lewis: Notes on the dissection of an agnathic foetus. (Bemerkungen über die Sektion eines Foetus agnathicus.) Journal of anat. a. physiol Bd. **47**, T. 4, S. 425—432. 1913.

Foetus aus der 34. Woche des intrauterinen Lebens. Das Unterkieferbein fehlt. Mund an einer kleinen Spalte reduziert. Die normal gebildeten Ohrmuscheln liegen auf dem Hals. Die Haut geht direkt vom Rand des Oberkiefers über den Hals. Der harte Gaumen ist vorhanden. Der Meatus acusticus liegt ungefähr in der Medianlinie. Die Gehörknöchelchen sind ganz rudimentär. Der übrige Foetus ist normal. Zahlreiche Zeichnungen. *R. Chapuis.*

Hebammenwesen und -unterricht:

● **Fehling, H., und G. Walcher, Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen auf Grund der 14. Aufl. von Fr. K. Nägele's Lehrbuch völlig neu bearb. 5. verb. Aufl.** Tübingen: Laupp 1913. VIII, 191 S. M. 4.—.

Das nach dem alten Naegeleschen von Fehling neu bearbeitete Hebammenlehrbuch liegt in der von Walcher umgearbeiteten 5. Auflage vor. Es ist wesentlich kürzer als die letzten Auflagen des preußischen Lehrbuches, hat allerdings weniger Abbildungen als dieses. Ein Kapitel „Allgemeine Krankheitslehre" fehlt, dafür enthält der 4. Teil als Anhang die Anleitung zu Hilfeleistungen bei Unglücksfällen nach Esmarch und die Anwendung einzelner Mittel, darunter auch des Schröpfens und des Blutegelsetzens, natürlich nur nach ärztlicher Verordnung. Sonst entsprechen Einteilung und Darstellung im großen ganzen den anderen gangbaren Lehrbüchern, auch dem preußischen, zeigen nur in einigen Punkten Abweichungen, vor allem bei den Nachgeburtsblutungen. Für die Händedesinfektion scheint den württembergischen Hebammen die Auswahl unter verschiedenen Desinfektionsmitteln freizustehen. In der Eröffnungszeit soll „möglichst selten" untersucht werden, in der Austreibungszeit soll sich die Hebamme alles „unnötigen" inneren Untersuchens enthalten. *Senon* (Königsberg i. Pr.).

Grenzgebiete.

Gerichtliche Medizin:

Remy, S., A propos du foeticide médical. (Über Tötung der Leibesfrucht.) Rev. méd. de l'est Bd. 45, Nr. 8, S. 281—289. 1913.

Soziales. Statistik:

Fuerst: Nochmals zur Bedeutung der Geburtenziffern. Die Umschau Jg. 17, Nr. 30, S. 612—613. 1913.

Verf. nimmt Stellung zu der Divergenz der Anschauungen, die über den Geburtenrückgang bestehen. Auf der einen Seite wird behauptet, daß infolge der Abnahme der Geburtenziffer eine große Gefahr bevorstünde für die Zukunft der Nation, auf der andern wieder, daß Niedergang der Geburtenziffer an und für sich nicht als ein schädliches Symptom aufzufassen sei, sondern vielmehr Rückgang der Geburten bei steigender Zivilisation auch einen Rückgang der Kindersterblichkeit zur Folge habe, daß somit durch eine Verringerung der Geburtenziffern bei einem Kulturvolke auch eine größere Garantie für die Qualität der Nachkommenschaft gegeben sei, als durch ledigliche Vermehrung der Quantität. Er stellt fest, daß bei uns in Deutschland von einem auffälligen Rückgang der Geburten innerhalb der unteren Schichten nicht die Rede sei, sondern daß dies nur für den sog. Mittelstand und hier gerade innerhalb der Familien der Gebildeten und Höherbegabten zutreffe. Gerade der Mittelstand ist es, der den durchschnittlichen Kulturzustand eines Volkes repräsentiert und gleichzeitig auch unter den Nachkommen die rassehygienisch wertvollen Elemente zu produzieren imstande ist. In den unteren Schichten der Bevölkerung wäre umgekehrt eine Verminderung der Geburtenziffer mit Rücksicht auf die herrschende geringe hygienische und sittliche Bildung, die stärkere Durchseuchung mit Volkskrankheiten, die stärkere Verbreitung des Alkoholismus eher ein Vorteil. Die Mittel zur Abhilfe liegen einzig und allein in einer Hebung der wirtschaftlichen Bedingungen für den Mittelstand. Es muß also eine zielbewußte Mittelstandswirtschaftspolitik einsetzen und dadurch eine Verbesserung der Existenzbedingungen des Mittelstandes herbeigeführt werden. Unter anderem muß die theoretische Vorbereitungszeit für den eigentlichen Beruf unserer jungen Leute herabgesetzt werden; Verf. weist auf das Beispiel in England hin. Auch die Frauenemanzipation bedeutet eine rassehygienische Gefahr, da dadurch die Frau von dem natürlichen Beruf als Mutter abgehalten wird. *Buschan.*

Berkusky, H.: Der Einfluß abergläubischer Vorstellungen auf das wirtschaftliche und soziale Leben der Naturvölker. Zeitschr. f. Sozialwiss. Jg. **4**, H. 7, S. 489 bis 498. 1913.

Zusammenstellung einer Anzahl von Dingen, Naturereignissen und sonstigen Vorkommnissen, welche bei den primitiven Völkerschaften infolge abergläubischer Vorstellung einen großen Einfluß auf das wirtschaftliche und soziale Leben haben. Ganz unscheinbare Vorgänge, die man sonst für alltäglich hält, können den primitiven Menschen dazu bewegen, die begonnene Arbeit vollständig einzustellen. Es gibt glück- und unglückbringende Vögel und glückliche und unglückliche Tage, an welch letzteren überhaupt nichts getan werden darf und die häufig in der Mehrzahl sind, usw. Verf. will in dieser ausführlichen und sehr reichhaltigen Zusammenstellung nicht die Vorstellungen psychologisch erklären, sondern nur ihren Einfluß auf das Leben der Völker hervorheben. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Hoffmann Geza von: Sterilisierung der Minderwertigen im Staate Kalifornien. Arch. f. Kriminalanthropalogie **53**, S. 337—341. 1913.

Der Staat Kalifornien hat 1909 ein Gesetz angenommen, „um die Sterilisierung der Insassen der staatlichen Irrenanstalten und des Kalifornia-Heims für schwachsinnige Kinder sowie der Verbrecher in den staatlichen Gefängnissen zu gestatten.“ Im besonderen wurde folgendes beschlossen. Wenn der Oberarzt der genannten Anstalten oder der Anstaltsarzt in irgend einem staatlichen Gefängnisse es für das körperliche, geistige oder sittliche Wohl eines Insassen vorteilhaft hält, die Asexualisation an ihm vornehmen zu lassen, so setzt er sich mit dem Chef der staatlichen Krankenhäuser und dem Chef des staatlichen Gesundheitswesens ins Einvernehmen, um mit diesen gemeinsam den Fall zu prüfen. Sind sie oder wenigstens zwei von ihnen von dem Vorteil dieser Operation für den Kranken überzeugt, so wird dieser zugestimmt, aber dabei vorausgesetzt, daß der betreffende Insasse oder Verbrecher in diesem oder in einem anderen Staate oder Lande wenigstens zweimal wegen irgendeines Sittlichkeitsverbrechens oder wenigstens dreimal wegen irgend eines anderen Verbrechens zu einer Freiheitsstrafe verurteilt war und daß er während seiner Unterbringung in einem staatlichen Gefängnis in diesem Staate Beweise dafür geliefert hat, daß er sittlich und geschlechtlich verkommen ist; bei lebenslänglich verurteilten Verbrechern, die fortlaufend Beweise ihrer sittlichen und geschlechtlichen Verkommenheit liefern, kann ohne weiteres vom Recht der Geschlechtslosmachung Gebrauch gemacht werden. Der operative Eingriff besteht bei Männern in der Vasektomie, bei Frauen in der Tubektomie. Bei der Anwendung des Gesetzes wird insofern noch human verfahren, als man in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle es vermeidet, die Patienten zwangsweise der Operation zu unterwerfen. Man holt zunächst noch die Erlaubnis der Angehörigen ein, denen man die Bedeutung derselben erklärt, und wo diese nicht vorhanden war, auch die des Patienten selbst. Insgesamt wurden in den staatlichen Irrenanstalten und im Heime für Schwachsinnige seit November 1910 268 „Geschlechtslosmachungen“, wie das Gesetz es nennt, ausgeführt (150 Männer, 118 Weiber). Die meisten (114 und 96) standen im Alter von 20—44 Jahre, 1 männlicher unter 10 Jahren, 105 Männer und 46 Frauen waren verheiratet. Die Krankheitsform war in 106 Fällen manisch-depressives Irresein, in 52 Dementia praecox, in 32 Imbecillität, in 23 alkoholische Psychose (nur ein Weib darunter), in 22 Epilepsie, in den übrigen Fällen andere Formen. *Buschan.*

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 12. S. 577—608

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Mayer, August: Die Bedeutung des Infantilismus in Geburtshilfe und Gynaekologie. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 14, S. 505 bis 508. 1913.

Genitaler Infantilismus ist meist mit Störungen der Konstitution und des Nervensystems verbunden. Für den Gynaekologen ist Kenntnis dieser Asthenie wichtig wegen eventueller Therapie. — Zunächst verspäteter Eintritt der ersten Menses bei Genitalinfantilismus. Lokale Therapie suggeriert hier oft gyn. Leiden. Dysmenorrhoische Beschwerden führen oft zur Arbeitsunfähigkeit und so sogar zu Rentenzahlungen. Die Ehe ist durch mangelhaften Sexualtrieb, Kohabitationsschmerzen infolge Vaginalhypoplasie und oft Sterilität ausgezeichnet. Gerade letzte beschwört zur Herbeiführung des Eheglücks erfolglose gyn. Eingriffe herauf, die sogar Schaden stiften können. — (Verf. beobachtete Pyosalpinx nach häufiger Sondierung.) Kommt es endlich zur Konzeption ist Abort oft der Ausgang oder bei erhaltener Gravidität beeinträchtigen starke Schwangerschaftsbeschwerden das Mutterglück. Auch hier sind meist gyn. Encheiresen erfolglos. Schließlich intra partum führen Weichteilschwierigkeiten, infantiles enges Becken, schlechte Wehen zu langer Geburtsdauer, Infektionen und Weichteilzerreißungen, besonders häufig sind Risse am muskelschwachen infantilem Damm. Der unentwickelte Uterus neigt in der Nachgeburtsperiode zur Atonie und Placentarretention. Das hypoplastische Gefäßsystem ist Blutungen, Infektionen und Narkosenschädigungen gegenüber auch nicht widerstandsfähig. Endlich tritt im Wochenbett noch die Stillunfähigkeit hinzu. So ist nach all diesen Vorgängen eine Geburtsneurasthenie nicht verwunderlich. — In der Gynaekologie disponiert der mangelhaft angelegte Damm, der insuffiziente Beckenboden zu Genital- und Rectalprolapsen. Die Behandlung der kongenitalen Retroflexio ist nicht nur zwecklos, sondern auch schädlich, da die Pat. enttäuscht wird und als scheinbar gynaekologisch krank gestempelt wird, obige ist aber eine Begleiterscheinung der Asthenie. Infantilismus der Tube disponiert zur Eileitergravidität. Ein tiefer Douglas gibt zur Fehldiagnose Anlaß. (Verwechslung von Tubensäcken mit extraperitonealen Tumoren.) Infantile Stigmata haben schließlich differentialdiagnostischen Wert, sie weisen bei entzündlichen Atnextumoren auf Tbk., bei Ovarialtumoren auf Dermoide oder Malignität, bei Beckentumoren auf Nierenanomalien hin. Somit hat der Infantilismus einen großen praktischen Wert hinsichtlich Diagnose, Prognose, Therapie. Er läßt die Trägerin als eine geborene Invalidin erkennen, deren gyn. Beschwerden oft nicht als Krankheit aufzufassen sind, sondern einen Fingerzeig auf die ganze Konstitution geben sollen.

v. Miltner (München).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Jacqué, L., et Fernand Masay, Abcès rétro-utérin à strepto bacterium foetidum. (Retrouteriner Absceß durch streptobacterium foetidum.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. 8, S. 99—100. 1913.

35jährige Patientin. Ein Douglasabsceß entleert auf Incision Eiter, in dem sich das von den Autoren beschriebene streptobacterium foetidum zeigt. Es ist ein kleiner Kokkus, sehr ähnlich dem der Pest, färbt sich mit basischen Lösungen, aber nicht nach

Gram; zeigt in Bouillonkultur Kettenform. Kultur am besten in Gelatine, jedoch auf allen Substraten möglich. Einimpfen in das Kondensationswasser einer Gelatineröhre. Nach 12 Stunden bedeckt das str. f. die ganze Oberfläche der Röhre. Bei Versuchstieren ruft es eine heftige Septikämie mit Exitus hervor oder chronische Erkrankung besonders der Lungen und der serösen Gewebe. Es widersteht lange dem Licht oder der Austrocknung, stirbt ab durch Auskochen oder durch halbstündige Temperatur von 58° bei feuchtem Nährboden. Seine Virulenz steigert sich sehr durch Passagen. Die Vaccination ist leicht zu bewerkstelligen mit den Toxinen oder abgetöteten Kulturen. Das Serum der immunisierten Tiere agglutiniert stark. Das Bakterium ist gefunden worden im Auswurf Tuberkulöser im Anfangsstadium, in inneren Abscessen und in einer pseudomembranösen Konjunktivitis. *Mohr* (Berlin).

Gratia, André: Physiologie de la coagulation du sang. (Physiologie der Blutgerinnung.) Journal méd. de Bruxelles Jg. **18,** Nr. 23, S. 215—222. 1913.

Die Arbeit gibt eine Übersicht über unsere modernen Anschauungen von dem Vorgang und der Verhinderung der Blutgerinnung auf experimentellem Wege, ohne etwas Neues zu bringen. Zunächst wird der Vorgang der Blutgerinnung dargestellt und auf bisher ungelöste Widersprüche in den verschiedenen neueren Theorien aufmerksam gemacht. In einem zweiten Teile werden die Stoffe besprochen, welche die Gerinnung verhindern. Die Substanzen zerfallen in 2 Gruppen, nämlich solche, welche die Gerinnung zwar im Tierkörper, jedoch nicht im Reagensglas aufheben (Pepton, Gewebsextrakt) und solche, welche dies im Tierkörper und im Reagensglas tun (Hirudin, Schlangengift). Den Schluß bildet eine kurze Betrachtung darüber, warum im normalen Tierkörper eine Blutgerinnung nicht eintritt. *Rost.* CH

Allgemeine Therapie:

Holzknecht, G.: Das neue Zentralröntgeninstitut im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien und einige technische Neuerungen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 29, S. 1608—1609. 1913.

Im ganzen stehen 14 große, geräumige Zimmer mit 10 Röntgenapparaten der verschiedensten Systeme zur Verfügung, die zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken Verwendung finden. Jeder Raum hat sein spez. Arbeitsgebiet und das ihm angepaßte Instrumentarium. Außer dem Leiter arbeiten 4 weitere Ärzte, 2 Laboratoriumsgehilfinnen, 4 Pflegerinnen im Institut, welches für die chirurgische, medizinische, dermathologische Abteilung des allgemeinen Krankenhauses wie für sämtliche Kliniken die Röntgenuntersuchungen und Behandlungen mittels Röntgenstrahlen zu leisten hat. (2500 Betten und 100 000 ambulante Patienten.) Eine Jahresleistung umfaßt 6000 Röntgenaufnahmen und 4000 Bestrahlungen. *Immelmann.*

Rominger, Erich, Klinische Erfahrungen über die Hautschädigungen bei gynaekologischer Tiefentherapie mit schwachgefilterten Röntgenstrahlen. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. B.*) Strahlentherapie Bd. **2,** H. 2, S. 665—682. 1913.

Bei 173 streng nach der Albers-Schönbergschen Technik bestrahlten Patientinnen traten an 62 Hautstellen Erytheme auf. Davon waren absolut überdosiert 38 Fälle, 31 mal direkt (10—16 X), 17 mal indirekt, d. h. in diesen Fällen wurde die 2. Dosis noch vor Eintritt der Reaktion gegeben. Bei den direkt überdosierten Fällen Eintritt der Reaktion im Verlauf einiger Stunden (wohl „Vorreaktion") bis zu 21 Tagen, bei Vaginalerythemen erst nach $1^1/_2$ Monaten. Durchschnittlich bei $12^1/_2$ X Überdosis 13—14 Tage Latenzzeit, Erythemdauer 15 Tage. Auftretende Reaktion prognostisch abhängig von absorbierter Strahlenmenge, Kürze der Latenzzeit, Stärke der Reaktion und Größe des Beschwerdegrades. Höhepunkt des Erythems 8 Tage nach Beginn der Reaktion. Die indirekt absolut überdosierten 17 Fälle noch innerhalb 20 Tage nach erfolgter Überdosierung erneut bestrahlt, Reaktion noch 22 Tage nach der 2. Dosis, und zwar um so stärker, je größer die 1. Dosis, je kürzer die Zeit bis zur 2. Dosis, dabei die Größe der 2. Dosis nicht von Einfluß, sofern sie 10 X nicht überschritt. Also 4 Wochen Pause nach der 2. Dosis! 24 mal 10 X nicht erreicht, trotzdem Eintritt einer Reaktion 12 mal bei normaler Haut durch direkte oder nur indirekte relative Überdosierung (längste Latenzzeit 17 Tage). Ferner bei pathologischer Haut nach 8 X Höchstdosis mehrfach Reaktion, so daß in solchen Fällen die Erythemgrenze herabgesetzt, die Latenzzeit verkürzt (höchstens 16 Tage), Grad, Dauer und Beschwerden relativ vermehrt erscheinen. Relative Überdosierung bei normaler Haut möglich durch Sensibilisierung, Kumulation oder Strahlenaustrittswirkung beispielsweise bei einer Pat., die, vom Rücken mit kleinen Dosen bestrahlt, hier nach erneuter Bestrahlung des Abdomens ein Erythem bekam; außerdem eine Art „sympathischer" Reaktion angenommen, wenn an zwei mit verschieden hohen Überdosen bestrahlten Hautstellen gleichzeitig gleich starke Erytheme auftreten, oder wenn bei Überdosierung einer Hautstelle auf der anderen Hautstelle ohne direkte Veranlassung gleichzeitig Erytheme sich zeigten. Bei 9 Patien-

tinnen trotz absoluter Überdosierung außergewöhnliche Widerstandsfähigkeit der Haut. Häufige kleinere Dosen lassen zwar mehr X ohne Erytheme zu, aber klinisch Verzettelung. Nach der Albers - Schönbergschen Methode trotz aller Vorsicht 3% Erythemgefahr, darum Ausschaltung der weichen Strahlen mittels 3-mm-Aluminiumfilter. *Monheim* (München).

Borell, H., Klinische Untersuchungen über die Erythemgrenze bei gynaekologischer Röntgentiefentherapie mit stark gefilterten Strahlen. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. B.*) Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 683—698. 1913.

Die zufällige, von Rominger beschriebene Beobachtung an der Freiburger Klinik, daß in manchen Fällen von absoluter Überdosierung keine Reaktion eintrat, veranlaßte die Ausarbeitung einer Methode der starken Filtration der Röntgenstrahlen. Viele kleine Dosen schützen zwar vor Verbrennungen, aber dabei Verzettelung der Wirkung; Anämisierung der Haut unzuverlässig! Versuchsweise wurden Frauen mit inoperablem Ca. mit höheren Dosen bei verschiedener Filterdicke systematisch bestrahlt, dabei fraktionierte Messung der Dosis. Von 68 bestrahlten Hautstellen nach einer Höchstdosis von 35 X 10 Erythemfälle I.—II.° bei 1-mm- und 3-mm-Aluminiumfilter. Bei 3-mm-Al. und 29 X hattenErytheme I. ° 8 Tage Latenzzeit, 6 Tage Abheilungsdauer: bei 3-mm-Al. und 42 X Erytheme II. °: 16 Tage Latenzzeit, 27 Tage Abheilungsdauer. Auffallende Verschiebung der Latenzzeit bei 1-mm- und 0,5-mm-Filter, jedenfalls wegen der noch reichlich durchtretenden weichen Röntgenstrahlen (vgl. „Spätreaktion"). Erythemgrenze bei 1-mm-Al. etwa 20 X, 3 mm etwa 25 X, 5 mm etwa 40 X, hierbei sind die praktisch wichtigsten Fälle besonderer Hautempfindlichkeit berücksichtigt. Jenseits dieser Erythemgrenzen Erythemgefahr sehr groß. *Monheim* (München).

Hager, W., Zur Klinik des Röntgenulcus. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. B.*) Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 642—664. 1913.

Bei Röntgenschädigungen sind 3 Reaktionsgrade zu unterscheiden: 1. Leichtes Erythem mit entzündlicher Schwellung und Haarausfall, 2. Bläschenbildung und eitrige Sekretion, 3. Nekrose und Ulceration. Beim Röntgenulcus besteht die oberste Schicht aus Detritus, Kerntrümmern, Leukocyten, vielen Bakterien und Kokken mit fein verteiltem Fibrin und Elastin; in der folgenden Schicht: Elastinfasern, gequollenes Bindegewebe, Detritusmassen, mono- und polynucleäre Leukocyten. In der Tiefe an den Spindelzellen vielfach Höhlenbildung. Daneben schwere Veränderungen an den Gefäßen (Wandverdickung, Obliteration, perivasculäre Leukocyten). Im Verlauf des Röntgenulcus sind 3 Stadien zu unterscheiden. 1. Der Prozeß wird stationär, von der Peripherie aus beginnt die Überhäutung. 2. Gegen das Zentrum hin hört der Heilungsvorgang allmählich auf; das Ulcus zeigt sich wieder torpide; es kommt zu Rezidiven. 3. Langsamer Vernarbungsvorgang, der sich lang hinausziehen kann. Symptome: Schmerzen, die unerträglich sein können, seltener Allgemeinerscheinungen (Fieber, nervöse Erscheinungen, schlechter Schlaf usw.). Therapie: a) Phenacetin, Morphium; cave lokale Anaesthetica. b) Feuchte, antiseptische Umschläge mit Sublimat, Bleiwasser, Wasserstoffsuperoxyd, essigsaurer Tonerde u. a. m. Nachfolgend: Schwarzsalbe, Quecksilberoxydsalbe, Scharlachsalbe. Weiterhin Vereisung mit Kohlensäureschnee, Jodtinktur. Bäderbehandlung und Lichtbestrahlungen. c) Chirurgische Behandlung: Bis ins Gesunde gehende Excision, ohne Naht, vielleicht Transplantation, Deckung mit gestieltem Lappen. Prognose: Meistens Heilung, besonders bei chirurgischer Behandlung. Möglich aber auch Übergang in Cancroide und Sarkome, besonders bei chronischen Röntgenschädigungen. Es gibt eine gewisse Idiosynkrasie gegenüber den Röntgenstrahlen. Bei Beobachtung der vorgeschriebenen Maßregeln sind die Ulcera so gut wie sicher zu vermeiden. *Immelmann.*

Kirchberg, Franz: Röntgenschädigungen und ihre rechtliche Beurteilung. Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 121—161. 1913.

Fabre, S., Rôle de la radiumthérapie comme adjuvant de l'exerese chirurgicale. (Die Bedeutung der Radiumtherapie zur Unterstützung des chirurgischen Eingriffs.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 21, (Nr. 5), S. 145 bis 149. 1913.

Es empfiehlt sich, das Radium vor und nach chirurgischen Eingriffen (Mamma-Uterus-Carcinom), sowohl oberflächlich als auch in die Operationswunde hineingeführt, in ausgedehnter Weise anzuwenden. Die Wirkung zeigt sich in Aufhören der Zellteilung, Kleinerwerden des Tumors (bessere Aussichten der Operation), Vermeidung der Rezidive. *Immelmann* (Berlin).

Schminke: Die kombinierte Röntgentherapie der Uterusmyome und Menorrhagien. Fortschr. d. Med. Jg. 31, Nr. 29, S. 794—796. 1913.

In den Jahren 1910—1912 24 Myome, 28 klimakt. Menorrhagien kombiniert bestrahlt; dabei seit 1912 Anwendung dickerer Aluminiumfilter, härterer Röhren, kleineren Fok.-Hautabst., mehrerer abdomineller Felder; ferner nur Frauen über 40 Jahre bestrahlt. Vor der Bestrahlung

Scheidenspülung von 40° C und 10 Minuten Dauer. In den 14 Tage dauernden Pausen bei allen nicht stark ausgebluteten Patientinnen wöchentlich 4—5 Moorbäder von 39—40° C und 25 Minuten Dauer. Die Gesamtröntgendosis war schwach, der Erfolg durch die Hyperämisierung und dadurch Sensibilisierung der Genitalorgane rascher, sicherer und gefahrloser.

Monheim (München).

Rosenthal, W. J.: Die Lilienfeldsche Röntgenröhre. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. **5**, S. **448—453**. 1913.

Es handelt sich um eine maximal evakuierte Röhre, deren Härtegrad nicht durch Veränderung des Röhrenvakuums, sondern mit Hilfe der Primärentladung verändert wird. Die Röhre bedarf zum Betriebe dreier Stromquellen: für einen Heiz- oder Glühstrom, einen Leitfähigkeitsstrom und einen Röntgenstrom, die sämtlich geeignet angebrachten Elektroden im Röhreninnern zugeführt werden. Der Heizstrom wird konstant eingestellt, der Leitfähigkeitsstrom wird variiert und damit der Härtegrad der Röhre beliebig geändert. Röhre und Schaltanlage werden genau beschrieben. An einigen reproduzierten Röntgenbildern wird die große Variabilität des Durchdringungsvermögens der Röhre dargestellt. *Lohfeldt* (Hamburg).

Stein, Albert E.: Das Kopieren von Röntgenaufnahmen auf Gaslicht-Entwicklungspapier. Zentralbl. f. Röntgenstrahl., Radium u. verw. Geb. Jg. **4,** H. 5, S. 179—183. 1913.

Gaslichtpapiere haben große Vorzüge vor den bei Tageslicht arbeitenden Auskopierpapieren. Ihre Anwendung soll wesentlich erleichtert, die Sicherheit und Gleichmäßigkeit des Arbeitens erhöht werden durch neuere Belichtungskästen mit konstantem Objektabstand und elektrischer Beleuchtung (Akkumulator), welche Verf. beschreibt und abbildet.

Grashey (München).CH

Weber, A.: Automatische Entwicklung von Röntgenplatten. (*Med. Klin., Gießen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 23, S. 1264. 1913.

Weber hat seinen früher angegebenen automatischen Entwicklungsapparat derart verbessert, daß die Teile durch Entwicklerflüssigkeit nicht mehr angegriffen werden. Die von einem Metallrahmen gehaltene Platte taucht in das Entwicklergefäß, der Rahmen ist an einem Wagebalken aufgehängt, der durch Uhrwerk bewegt wird. *Grashey* (München).CH

Pinkuss, A., Über die Erfolge der Mesothoriumbestrahlung bei Carcinom. (*Priv.-Frauenklin. von Prof. Dr. A. Pinkuss, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 24, S. 1105—1107. 1913.

Seit September 1911 22 Fälle von noch nicht kachektischen Patientinnen mit Genitalcarcinom mittels Mesothorium erfolgreich behandelt. 88 mg Radiumbromidaktivität erwiesen sich als ausreichend bei öfterer Wiederholung der Behandlung, außerdem Gefahr der Nebenschädigungen geringer. Bei längerer Bestrahlung zwar die naheliegenden Krebszellen zum Zerfall gebracht, aber tieferliegende Knoten unbeeinflußt, dadurch Metastasierung nicht aufgehalten. Erfolg auch abhängig von der Bösartigkeit des betr. Krebses und der allgemeinen Konstitution und Heilungstendenz. Öfter vorübergehenden Stillstand durch Mesothorium erreicht, dann um so rapidere Ausbreitung. Abdominale Bestrahlung erfordert große Vorsicht und Erfahrung, der Oberfläche naheliegende Carcinome schwer zu beeinflussen, vaginale Bestrahlung einfacher, dabei aber auch große Gefahr, benachbarte wichtige Organe zu beschädigen (Harnblase-, Ureter-, Darm- und Art. uterina-Wandnekrose). Indikation für Mesothorium bei sonst operablen Fällen, in denen Operation aus irgendeinem Grunde erschwert ist, ferner bei inoperablen Fällen und Rezidiven. Besonders zu empfehlen Radikaloperation mit nachfolgender prophylaktischer Bestrahlung. Mesothorium in mittleren Dosen kombiniert mit Röntgenstrahlen und intravenösen Atoxylinjektionen ausgezeichnet. *Monheim* (München).

Hirschfeld, H., und S. Meidner: Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung des Thorium X nebst Beobachtungen über seinen Einfluß auf Tier- und Menschentumoren. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **77,** H. 5/6, S. 407—437. 1913.

Die Untersuchungen beziehen sich zunächst auf die biologische Einwirkung von Thorium X bei den verschiedenen Tierarten. Bei Kaninchen konnten Verff. die höchste Dose, welche die Tiere noch überlebten, als 0,4 mg Radiumbromid äquivalent feststellen. Unter höheren Dosen leiden die Tiere sehr und gehen auch sehr bald ein. Der Sektionsbefund war bei allen Tieren ziemlich einheitlich: Milz und Lymphdrüsen waren stark verkleinert, die Lungen blutig

infiltriert, im Magendarmkanal waren Blutungen nur bei höheren Dosen zu konstatieren. Das Knochenmark zeigte stets schwere Veränderungen: es war dünnflüssig und tiefdunkelrot geworden, ähnlich wie es bei der menschlichen perniziösen Anämie zu sein pflegt. Mikroskopisch konstatieren Verff. zahlreiche Blutungen in der Lunge, manchmal auch lymphocytäre Infiltrationen; in der Leber sehr ausgedehnte Zellnekrosen, starke venöse Hyperämie; in den Nieren schwere Blutungen; die Lymphdrüsen sind auffallend zellarm; das Knochenmark zeigt starke Hyperämie und zahlreiche Blutungen, an einigen Stellen sind nur noch Bindegewebszellen oder schwer geschädigte Riesenzellen vorhanden, sowie vereinzelte Plasmazellen und kernhaltige rote Blutkörperchen. Die Vorstufen der Spermatozoen waren geschädigt, die fertigen Spermatozoen verhielten sich färberisch normal. Die Versuche an Ratten und Mäusen ergaben ein ähnliches Resultat. Hunde vertragen Thorium X viel weniger als Kaninchen, im Magendarmkanal sind schwere Blutungen zu konstatieren, wobei eine deutliche Epithelschädigung besteht. Hühner sind auch sehr empfindlich. Die allgemeine Wirkung des Thorium X besteht also hauptsächlich in einer Schädigung des Knochenmarks; bei hohen Dosen werden auch die Hodenzellen geschädigt und es kommen auch Epithelschädigungen der Darmschleimhaut vor. Die Versuche über den Einfluß des Thorium X auf Zahl und Mischung der menschlichen Leukocyten zeigten nach 0,5—1,0 mg Radiumbromid äquivalent eine mäßige oder ausgesprochene Leukopenie mit gleichzeitiger neutrophiler Polynucleose und relativer Lymphopenie. Es folgen dann kurz einige Versuche über Veränderungen des Blutfarbstoffes, über das Verhalten der hämolytischen und antitryptischen Kraft von Kaninchenblutserum, über den Einfluß auf das Bakterienwachstum, über die Beeinflussung lebender Spermatozoen und Trypanosomen (in vitro Versuche). Letztere Versuche zeigten, daß während im frischen menschlichen Ejaculat die Beweglichkeit der Spermatozoen unter Thorium X schwer leidet, dasbei Trypanosomen nicht der Fall ist.

Im zweiten Teil der Arbeit berichten Verff. über die Wirkung von Thorium auf tierische und menschliche Tumoren. Sie konnten aber weder bei Mäusecarcinomen noch bei Rattensarkomen irgendwelche Beeinflussung feststellen. Ebenso negativ verliefen die Versuche bei menschlichen Tumoren. Bei diesen Versuchen konnten Verff. weder eine objektive noch eine subjektive Besserung des allgemeinen Befindens konstatieren und entgegen der optimistischen Auffassung anderer Autoren schließen sie ihre Arbeit mit den Worten: „Einstweilen sind wir der Meinung, daß der Einfluß, den das Thorium X malignen Tumoren, insbesondere Carcinomen gegenüber zu entfalten vermag, nicht sehr hoch zu veranschlagen sein dürfte.“ *Szécsi* (Frankfurt).[CH]

Hallock, Harry M.: Some aspects of hydrotherapy in the United States. (Die Hydrotherapie in den vereinigten Staaten.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 61, Nr. 4, S. 260—262. 1913.

Krone: Bericht über den IV. internationalen Kongreß für Physiotherapie mit besonderer Berücksichtigung der 34. Versammlung der balneologischen Gesellschaft (Sektion 1. des Kongresses) 26.—30. März 1913 in Berlin. Fortschr. d. Med. Jg. 31, Nr. 32, S. 876—886. 1913.

Vinaj, G. S.: Sulla termopenetrazione. (Über Thermopenetration.) Gaz. med. lombarda Jg. 72, Nr. 23, S. 177—180. 1913.

Nach einer historischen Einleitung über das therapeutische Anwendungsgebiet der Diathermie berichtet Verf. über Experimente an Hunden, in denen die Anwendung der Diathermie zu ziemlich schweren Hautverbrennungen geführt hat. Sofort nach Applikation der Diathermie war die Haut cyanotisch. Nach einigen Tagen erst wurden die Verbrennungen deutlich und wuchsen an Umfang. Wegen dieser Komplikation scheint Vorsicht bei der Anwendung der Diathermie geboten. *Carl.*[CH]

Gregor, Adalbert: Klinische und experimentelle Grundlagen der Schlafmitteltherapie. Therapeut. Monatsh. Jg. 27, H. 8, S. 549—561. 1913.

Ergebnisse der Therapie.

Ollendorff: Erfahrungen mit Aponal. (*Sanat. Parforceheide b. Neubabelsberg.*) Allg. med. Zentral-Zeit. Jg. 82, Nr. 30, S. 359—360. 1913.

● **Arends, G., Neue Arzneimittel und pharmazeutische Spezialitäten einschließlich der neuen Drogen, Organ- und Serumpräparate, mit zahlreichen Vorschriften zu Ersatzmitteln und einer Erklärung der gebräuchlichsten medizinischen Kunstausdrücke. 4. verm. u. verb. Aufl., neubearb. von A. Rathje.** Berlin: Springer 1913. XI, 672 S. M. 6.—.

Das vorliegende Buch behandelt die im Laufe der letzten Jahre auf den Markt ge-

brachten neuen Arzneimittel und Spezialitäten, die neuen Drogen, Organ- und Serumpräparate, ferner die unter einem geschützten Namen im Handel befindlichen Präparate. Die einzelnen Präparate sind alphabetisch geordnet. Der Text ist kurz und knapp. Neben dem Handelsnamen sind die bekannten Synonymen, ihre chemische Formel, Abstammung, Darstellungsweise, Eigenschaften, Wirkung und therapeutische Anordnung angegeben. Als Unterlage dienten die Berichte der pharmazeutischen Zeitung und der Fachzeitungen, sowie die Berichte der Fabriken. *Benthin.*

Retterer, Éd., et Aug. Lelièvre: Influence de la castration sur l'évolution et les transformations cellulaires. (Einfluß der Kastration auf die Zellenentwicklung und -Veränderung.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74,** Nr. 24, S. 1403—1405. 1913.

Beim Kater bilden epitheliale Invaginationen der Balanusgegend große Papillen, die breite Verhornungen zeigen. Beim kastrierten Tiere tritt diese Entwicklung nicht auf; die Papillen, die zu wirklichen Stacheln beim Kater werden, bilden sich nicht. *Daels* (Gent).

Allgemeine Chirurgie:

King, E. L.: A review of about 650 anesthesias. (Übersicht über ca. 650 Anästhesien.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 1, S. 48—56. 1913.

Vergleichende Studien über die Wirkung von Äther (in Tropf- und Gasform), Äthylchlorid, Nitroxyd, Chloroform, Äthylbromid, Nitroxyd-Oxygen. Auffallend sind die häufigen Todesfälle und Verschlimmerungen von Nierenleiden nach Äther. Nitroxyd-Oxygen ist das gegebene Mittel in Fällen von Shock und Hämorrhagie. Lokale und spinale Anästhesie sind mehr zu berücksichtigen. *Mohr* (Berlin).

Crile, George W.: Anoci-association with a special reference to abdominal and exophtalmic operations. („Anoci-association" mit besonderem Bezug auf abdominale und Kropf-Operationen.) Old dominion journal of med. a. surg. Bd. **16,** Nr. 6, S. 277—286. 1913.

Autor betont die große Schädigung von Patienten selbst durch die moderne Operationstechnik in Form von Vitalitätsverlust (Shock) und Störung der Gehirnzellen. Das Allgemeinanästheticum schaltet nur einen Teil der Gehirnzellen von ihrer Tätigkeit aus. Das „subjektive" Gehirn empfindet weiter und offenbart dies durch Veränderung in Puls, Atmung und Blutdruck, bei leichterer Narkose auch durch Abwehrbewegungen. Anoci-association, d. h. Vermeidung der noci-assicoation, der Aufnahme von solchen Schädigungen durch das Nervensystem in allen seinen Aufnahmeapparaten, ist zu erstreben. Hierher gehört auch die Ausschaltung psychischer Erregung vor der Operation. Autor schlägt vor: Psychische Beeinflussung vor Operation (Narkose angeblich zu Therapiezwecken). Geschick bei Narkose (Nitroxyd), die im Bette einzuleiten, Absperrung des Operationsfeldes vom Zentralnervensystem durch gleichzeitige lokale Anästhesie der äußeren Schichten, auch der Fascie (Novocain) $^1/_{400}$, des Peritoneum und der inneren Organe (Chinin und Harnstoffhydrochlorid $^1/_2$%), zartes Manipulieren bei der Operation selbst. Der Erfolg zeigt sich in örtlicher Entspannung bei der Operation und schneller Erholung. *Mohr* (Berlin).

Pauchet, Victor: Laparotomie transversale en gynécologie. (Die transversale Laparotomie in der Gynaekologie.) Clinique (Paris) Jg. **8,** Nr. 29, S. 455—457. 1913.

Vergleich zwischen der medianen Laparatomie und dem Pfannenstielschen Querschnitt in bezug auf die Vorteile und Nachteile. Meistens kommt man mit dem Pfannenstielschen Querschnitt für Operationen im kleinen Becken aus. Kontraindiziert ist derselbe bei Eiterungen und Tumoren, die bis zum Nabel oder darüber hinaus reichen. *Bretz* (Bonn).

Borchardt, M.: Ein neuer Operationstisch. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 31, S. 1441—1443. 1913.

Bartlett, Willard: Improved device for illuminating the operating-room. (Eine verbesserte Operationssaalbeleuchtung.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 24, S. 1846—1847. 1913.

Das Neue an der Erfindung ist, daß die Lichtquelle in einzelne voneinander getrennte Lampen verteilt ist, die an einem Ring über dem Operationsgebiet angeordnet sind. Die Lampen sind ihrerseits in parabolische Reflektoren eingeschlossen, deren Brennpunkt direkt an der Operationsstelle liegt. Dadurch, daß alle Lampen auf diese eine Stelle zentriert sind, wird ein einziger Lichtkreis von sehr großer Intensität geschaffen. Das System befindet sich in der Mayoschen Klinik in Rochester, Minn. in Gebrauch. *Neumann* (Heidelberg).CH

Petrén, Gustaf: Studien über obturierende Lungenembolie als postoperative Todesursache. (*Chirurg. Klin., Lund.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 3, S. 606—701. 1913.

Nach einem kurzen historischen Überblick stellt Verf. an der Hand eines großen, zum Teil eignen Materiales die Sätze auf: Die Sterblichkeit an Lungenembolie ist weitaus am häufigsten nach Laparotomien: etwa 1% wegen Myoms operierter, etwa der gleiche Prozentsatz von Patienten, die sich einer chirurgischen Laparotomie unterzogen haben, etwa 0,2% Herniotomierter sterben an Embolie. Die Gefahr des Auftretens derselben ist für Männer etwa gleich groß wie für Frauen. Die Embolie tritt nicht vor dem 15., häufig zwischen dem 30. und 45., mit größter Frequenz im späteren Alter, unabhängig vom Allgemeinzustand des Patienten auf. Veränderungen am Gefäßsystem stellen einen Faktor von ätiologischer Bedeutung dar, sie sind jedoch nicht unbedingt Voraussetzung. Besprechung der pathologischen Anatomie: Lokalisation der Embolie und deren Herkunft: Etwa $^2/_3$ aller Embolietodesfälle treten auf zwischen dem 4. und 14. Krankheitstage. Während bei Pat. mit bereits sicher diagnostizierter Thrombose die Gefahr der Embomlie relativ geringer ist, gehen kleine Embolien bisweilen dem Auftreten der (schon bestehenden, jedoch nicht diagnostizierten) Thrombose voraus. Das Mahlersche Symptom war in keinem der Fälle des Verf. typisch, es geht nur ausnahmsweise dem Auftreten einer tödlichen Embolie voraus. Sehr unwahrscheinlich ist es, daß die Ätiologie der Thrombose auf Infektion beruht, dagegen findet sich häufig herabgesetzte Herztätigkeit. Hinzu kommen Veränderungen im Blute selbst. Die Prophylaxe erstreckt sich auf die möglichste Vermeidung der Thrombenbildung: Das Frühaufstehen, Stimulation des Herzens, Atemgymnastik, sowie Darmentleerung können zur Verhütung der Thrombose beitragen. Ist diese erst aufgetreten, so ist absolute Ruhe die Grundbedingung. Sie ist auch unbedingt zu fordern bei Fällen, die thromboseverdächtig sind. Am Schluß Besprechung der Trendelenburgschen Operation sowie Mitteilung der den eignen Beobachtungen zugrunde liegenden Krankengeschichten. *Jehn* (Zürich).CH

Kimpton, A. R., and J. Howard Brown: A new and simple method of transfusion. (Neue und einfache Methode der Transfusion.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 2, S. 117—118. 1913.

Asepsis bei Verwendung von Geber und Empfänger, gleichmäßiges Laufen des Blutstromes und sicheres Abschätzen der überführten Blutmenge glaubt Autor durch folgende Methode zu erreichen.

Er verwendet einen Glaszylinder von beliebigem Fassungsvermögen, oben durch Kork geschlossen, an der Seite wenig unter dem Kork eine Röhre, unten eine gewundene Kanüle, die aus der Glasmasse ausgezogen ist. Die Mündung der letzteren zeigt nach derselben Seite wie die Seitenröhre. Die Kanüle biegt am Ende des Zylinders gleich nach unten und dann im rechten Winkel zu der durch die Längsachse des Zylinders und der Seitenröhre gebildeten Ebene. Ein kleines Stück Paraffin (Schmelzpunkt 50° C) wird in dem Zylinder durch den Autoclaven sterilisiert, nachdem letzterer mit einem Handtuch umwunden wurde. Bei der Operation wird das Paraffin durch Halten des Zylinders über einer Flamme schmelzend auf alle Innenteile des Zylinders Korks, und der Seitenröhre verteilt. Der Überschuß darf aus der Kanüle überrinnen, während die Spitze gegen einen sterilierten Gazebausch gehalten wird. Rasches Umfassen des Zylinders durch die Hände des Operateurs bringt die gewünschte schnelle Abkühlung zur Vermeidung übermäßiger Krystallisation. Die Seitenröhre wird durch sterilisierte Watte verschlossen. In einer solchen Röhre konnte Kaninchenblut 8—10 Minuten gehalten werden, ohne zu gerinnen. Bericht eines Falles. *Mohr* (Berlin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Cruveilhier, Louis: Traitement des complications utéro-annexielles de la blennorragie au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés de Besredka. (Behandlung von Uterus- und Adnexkomplikationen der Gonorrhöe durch subcutane Injektionen sensibilisierter Gonokokkenvaccine nach Besredka.) (*Inst. Pasteur.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. 74, Nr. 24, S. 1377—1379. 1913.

Zum Beweis der günstigen Erfolge mit Vaccination werden zwei Fälle berichtet. Der erste, eine beginnende Ascension, wird mit 2 Injektionen innerhalb von 10 Tagen vollständig geheilt. Gonokokken waren nachher nicht mehr zu finden. Beim zweiten Fall handelte es sich um eine einseitige Adnexentzündung. Mit 4 Einspritzungen in 19 Tagen Heilung. *Moos* (Breslau).

Morris, Arthur: The cure of gonorrhoea. (Die Behandlung der Gonorrhöe.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 99, S. 1067—1069. 1913.

Gonorrhöe befällt zu einem gewissen Alter 70—90% der Männer und auch einen starken Prozentsatz der Frauen. Die Übertragung beruht in den meisten Fällen auf Unkenntnis der Patienten betreffs der Erkrankung resp. ihres ungeheilten Zustandes. Ersteres trifft nur bei Frauen öfters zu, letzteres bei beiden Geschlechtern. Autor fand 25 Jahre nach der Infektion in einem Fall noch Gonokokken in Urethra und Adnexen, in mehreren Fällen noch nach einer Zeit bis zu 15 Jahren. Ein geringer Exzeß genügt zu erneutem Auflodern der Krankheit, besonders wo ungenügende Behandlung stattgefunden. Autor fand bei Männern Gonokokken, ohne daß deren Frauen je erkrankten, ein Zustand, den er mit latenter Gonorrhöe bezeichnet. Die Bacillen wurden erst nach Orgasmus oder Curettage gefunden und konnten später noch Ansteckung verursachen; besonders bei Frauen ist die latente Gonorrhöe schwer festzustellen, nur eine mikroskopische Untersuchung nach Zentrifugieren kann einigermaßen Sicherheit geben. Eine Ansteckung der Frauen durch eine nicht spezifische Urethritis ist wohl nur bei Verletzungen an virginellen Organen wahrscheinlich. Jedenfalls ist bei allen verdächtigen Fällen der Gatte nach reichlichem Alkoholgenuß und Prostatamassage unter Verwendung von Mikroskop und Zentrifuge auf Gonokokken zu untersuchen. *Mohr.*

Schmitt, Artur: Die spezifische Behandlung der Gonorrhöe. (*Univ.-Hautklin., Würzburg.*) Med. Klinik Jg. 9, Nr. 31,S. 1257—1262 u. Nr. 32, S. 1300—1303. 1913.

Übersichtsreferat.

Steinitz, Ernst: Die Behandlung des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus mit intravenösen Arthigoninjektionen. Therap. d. Gegenw. Jg. 54, H. 8. S. 353—354. 1913.

Bartolo, A. di: La tubercolosi genitale femnimile. (Die weibliche Genitaltuberkulose.) Riv. osp. Bd. 3, Nr. 13, S. 561—572. 1913.

Verf. gibt einen Auszug über unser Wissen und Können bei Tuberkulose des weiblichen Genitales. — Betreffs der Behandlung, speziell der Tuberkulose des inneren Genitales, rät er, den Mittelweg einzuhalten zwischen jenen, welche exzessiv konservativ vorgehen und jenen, welche schon frühzeitig radikal operativ zu handeln geneigt sind, indem er ein „bewaffnetes Abwarten“ befürwortet. Nur progressive und renitente Fälle sollten chirugisch angegangen werden, nachdem Spontanheilungen nicht gar so selten sind. *Gattorno* (Triest).

Barney, J. Dellinger, and Edward L. Young: The value of the guinea-pig test in genito-urinary tuberculosis. (Der Wert der Meerschweinchenimpfung für die Urogenitaltuberkulose.) Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Bd. 4, Nr. 1, S. 283—289. 1913.

Verff. haben anläßlich einer Bostoner Veröffentlichung einer Unstimmigkeit zwischen Meerschweinchenprobe und durch die Operation verifizierter Nierentuberkulose die in den 2 Jahren 1909—1911 im Allgemeinen Krankenhaus zu Massachusetts vorgenommenen Meerschweinchenimpfungen zusammengestellt, um den Prozentsatz der

Versager herauszubekommen. Unter den untersuchten 252 Fällen befanden sich neben sicheren durch die Operation oder Autopsie kontrollierten Tuberkulosen Fälle, die das klinische Bild darboten oder nur verdächtig waren. So erklärt sich, daß der negative Ausfall der Impfung den positiven zahlenmäßig um das Dreifache übertrifft. Verff. kommen zu dem Schluß, daß die Meerschweinchenimpfung auf Tuberkulose, wenn sie sorgfältig ausgeführt wird, die bei weitem feinste und genaueste diagnostische Waffe darstellt und daß ein negativer Ausfall von absolutem, unbestreitbarem Wert sei. Doch sollte von der üblichen Zeit von 5—6 Wochen zu einer längeren Wartezeit von 2—3 Monaten übergegangen werden. *Hirschmann* (Berlin).[CH]

Göbel, F.: Zum Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. (*Med. Univ.-Poliklin., Halle.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 24, S. 1136—1137. 1913.

Göbel fand bei Blutuntersuchungen mittels der Antiforminmethode sowohl im Blut Schwer- als auch Leichttuberkulöser, wie auch bei klinisch Gesunden säurefeste Stäbchen nur in geringer Anzahl, dagegen reichlich grampositive Stäbchen und Granula und zwar die grampositiven Stäbchen bei allen Untersuchungen — einerlei ob bei Gesunden oder Kranken — in ungefähr der gleichen Anzahl. Das gleiche konnte er im Blute der verschiedensten Laboratoriumstiere feststellen (Hunde, Meerschweinchen, Mäuse, Ratten). Er fand aber bei keinem dieser Tiere sichere säurefeste Stäbchen. Die Gebilde hält er nicht für Tuberkelbacillen. *Fromme* (Göttingen).[CH]

Allgemeines über Geschwülste:

Ludke, Hermann: Diagnostic précoce du carcinome au moyen du procédé de dialysation d'après E. Abderhalden. (Das Dialysierverfahren Abderhaldens bei der Frühdiagnose des Carcinoms.) (*Clin. méd., univ., Würzburg.*) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 65, S. 1064—1066. 1913.

Die Methode beruht bekanntlich auf dem Prinzip, daß im Blut Schwangerer blutfremde Stoffe zirkulieren, die durch das Dialysierverfahren nachweisbar sind. Ähnlich ist es der Fall bei den malignen Tumoren, wo der Nachweis gelang, daß das Serum von Krebskranken Carcinomeiweiß verdaut. Es folgt eine Beschreibung der Herstellung von Reagenzien, sowie der Methodik. Die Resultate vom Verf. mit der Methode waren durchaus günstige. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).[CH]

Lewin, Carl: Die Behandlung von Krebskranken mit Vaccination. (*Charité, Berlin.*) Therap. d. Gegenw. Jg. **54**, H. 6, S. 253—257. 1913.

Auf Grund von Tierversuchen, welche gezeigt haben, daß Autolysate desselben Tumors eine günstige therapeutische Wirkung haben, stellte Verf. Versuche an bei Menschen, den exstirpierten Tumor selbst zu therapeutischen Zwecken als Autovaccine anzuwenden, um so die Ausbildung von Rezidiven zu vermindern und etwa vorhandene Metastasen zu vernichten. Verf. teilt dann 2 Fälle mit, die die günstige Wirkung von solcher Autovaccination zeigen sollen und Verf. empfiehlt auf das dringlichste, in geeigneten Fällen die Autovaccinationsbehandlung des Krebses zu versuchen. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).[CH]

Loeb, Leo, and M. S. Fleisher: Intravenous injections of various substances in animal cancer. (Intravenöse Injektionen verschiedener Substanzen in tierische Krebse.) (*Barnard Free skin and cancer hosp.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 24, S. 1857—1858. 1913.

Verff. berichten hier kurz über Versuche, das Wachstum von Tiertumoren durch intravenöse Einspritzung verschiedenster Stoffe hemmend zu beeinflussen. In diesem Sinne wirken kolloidales Kupfer und Platin, während Schwefel weniger Einfluß hat. Äthylhydrocuprein — nach Morgenroth wirksam gegen Pneumokokken — war ganz ohne Effekt. Von verschiedenen komplexen organischen Substanzen waren nur Casein und Nucleoprotein wirksam; beide Substanzen zerstörten in der Mehrzahl der Fälle die Tumoren. Ähnlich, wie die beiden eben genannten Substanzen, aber noch stärker wirkte ein Extrakt von Hirudo, sowie Hirudo + Nucleoprotein. Wirksam sind außer Hirudoextrakten die komplexen phosphorhaltigen Proteine und von anorganischen Substanzen nur die kolloidalen Metalle. Die erwähnten Substanzen verursachten bei Meerschweinchen bei intravenöser Anwendung multiple Lebernekrosen. Ähn-

liche, aber leichtere und weniger ausgedehnte Nekrosen fanden sich auch bei normalen Meerschweinchen. Verff. versprechen eine baldige ausführliche Publikation, in der sie über die Anwendung von kolloidalem Kupfer und Casein bei menschlichen Tumoren berichten wollen.
Szécsi (Frankfurt a. M.).CH

Semenow, W. P.: Über die klinische Bedeutung der Bestimmung des Kolloidalstickstoffes im Harn nach der Methode von Salkowski und Kojo zur Diagnostizierung des Carcinoms der inneren Organe. (*Klin. Inst. d. Großfürstin Helena Pawlowna.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 31, S. 1436—1437. 1913.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Urban, Michael: Zur ältesten Ärztegeschichte der Kurstadt Marienbad. Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 30, S. 424—427 u. Nr. 31, S. 438—441. 1913.

Koenigsfeld, Harry: Deutsche Bäderhygiene im Mittelalter. (*Hyg. Inst., Univ. Breslau.*) Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurort-Hyg. Jg. **6,** Nr. 9, S. 255 bis 259. 1913.

Pariser, Curt: Kurgemäße Diätetik in deutschen Badeorten. Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 32, S. 1286—1290. 1913.

Sonnenfeld, Julius: Vom 42. Chirurgen- und anderen Kongressen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **18,** H. 3, S. 417—424. 1913.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Plazy, Louis: Ulcérations buccales et génitales, non syphilitiques, guéries par le néo-salvarsan. (Von den mit Neosalvarsan geheilten nicht syphilitischen Ulcerationen des Mundes und der Genitalien.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux Jg. **34,** Nr. 28, S. 327—328. 1913.

Verf. hat mit Neosalvarsan 6 Fälle behandelt: 2 Fälle von Vincentschen fusospirochätischen Anginen, 1 von Angina mit Spirochaeta buccalis, 3 von Ducreyschen Erkrankungen der Genitalien. Für die Affektionen des Mundes gaben die intravenösen Injektionen und die lokale Behandlung die gleich guten Resultate. Für die Ulcerationen der Genitalien gibt die lokale Behandlung bessere Resultate. Doch wenn die Ulcerationen zu tief sind, kann man auch die intravenösen Injektionen anwenden. Die $^1/_{20}$-Lösung von Neosalvarsan ist ganz genügend für die lokale Applikation. *R. Chapuis.*

Dalché: Considerazioni pratiche sulle iniezioni vaginali in ginecologia. (Praktische Betrachtungen über vaginale Spülungen in der Gynaekologie.) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34,** Nr. 83, S. 860—862. 1913.

Vor zu heißen Ausspülungen besonders bei akuten und subakuten entzündlichen Prozessen wird gewarnt, ebenso vor Irrigationen mit stark ätzenden Mitteln (Sublimat); sie reizen nur. Lauwarme Ausspülungen, eventuell mit Zusatz von kohlensaurem Natron oder beruhigenden Zugaben, werden befürwortet. Man nehme sich vor zu viel in acht.
Gattorno (Triest).

Uterus:

Krusen, Wilmer, Surgical treatment of uterine hemorrhage from the nonpregnant uterus. (Chirurgische Behandlung der Metrorrhagia außerhalb der Schwangerschaft.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 5, S. 885—888. 1913.

Der Vortrag behandelt die chirurgischen Eingriffe bei Uterusblutungen und bietet dem Gynaekologen nichts Neues. *Czempin* (Berlin).

Lingen, L. v.: Zur Kasuistik der Riesenmyomcysten. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 30, S. 1109—1110. 1913.

Riesenmyomcyste, die unter der Diagnose einer Ovarialcyste zur Operation kam. Gewicht des Tumors betrug $45^1/_2$ Pfund inkl. der Cystenflüssigkeit. Das Cystomyom geht von der Hinterwand des Uterus aus, die Vorderwand hebt sich plastisch von der Geschwulst ab.

Verf. weist sodann auf die Seltenheit dieser Tumoren hin. Nach der Genese teilt man die Cystomyome ein in 1. die lymphangiektatischen; 2. die degenerativen, aus

nekrobiotischen Prozessen in soliden Myomen hervorgehend; 3. in solche, die nach v. Recklinghausen von Resten des Wolffschen Ganges ausgehen. Mikroskopisch erwies sich das vorliegende Cystomyom als ein lymphangiektatisches. *Markus.*

Huet, Ch.: Polype fibreux avec inversion utérine partielle. (Fibröser Polyp mit teilweiser Inversion des Uterus.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24**, Nr. 2, S. 30—33. 1913.

46jährige Kranke. Um den Stiel eines apfelsinengroßen Polypen aus dem Fundus uteri zu entfernen, wird die vordere Uteruswand eingeschnitten, sodann die vordere Peritonealfalte. Hierbei zeigt sich eine Inversio uteri. Hysterektomie. *Daels* (Gent).

Bougot, Marcel, Fibrome utérin volumineux contenant un vaste foyer hémorragique. (Großer Uterusmyom mit ausgedehntem blutigem Herd.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 5, S. 271—273. 1913.

Kopfgroßes, gestieltes, stielgedrehtes Uterusmyom mit großer Blutung im Innern. Ausbildung im Laufe von 6 Jahren. Dreimal Schmerzanfälle. Blutung infolge der Drehung. *Daels* (Gent).

Lizcano, P.: Statistische Bemerkungen über den Uteruskrebs, nach den Aufzeichnungen der gynaekologischen Poliklinik. (III. Kongr. f. Gynaekol., Geburtsh. u. Kinderheilk.) Siglo méd. Jg. **60**, Nr. 3101, S. 308—311. 1913 (Span.).

Statistik über 314 Fälle. Unter dem gynaekologischen Material von Lizcano bedeutet dies 6,5 aufs Hundert kranker Frauen. Exponiertestes Alter zwischen 40 und 50 Jahren. Fast immer vor 20 Jahren. Sehr geringe Krebsgefahr nach 70 Jahren, aber auch ein Fall mit 84 Jahren. Die Rückbildung des Uterus scheint Carcinombildung zu begünstigen. 123 von 314 Fällen sind nach mehrjähriger Menopause aufgetreten. Geburten geben mit ihren Traumen eine anerkannte Disposition. Krebs des Uterushalses wird dementsprechend bei Virgines und Nulliparae fast nicht angetroffen: eine scheinbare Bestätigung der Behauptung, daß Blumenkohlepitheliom aus Einreißen des Gebärmutterhalses hervorgehe. Sitz: 66 mal Corpus, d. h. 21 mal vom Hundert. Davon nur 12 Nulliparae. Das widerspricht nach L. der Bezeichnung mancher Gynaekologen für das Carcinom der Uterushöhle: Carcinom der Nulliparae. Ebensowenig gibt die Bezeichnung Krebs der Menopause das richtige Verhältnis wieder. Von 123 Fällen der Menopause 32 Corpus-, 91 Cervixcarcinom. 80 von 100 Patientinnen beanspruchten Hilfe erst wegen Schmerzen, d. h. zu spät. Operiert wurden 16 vom Hundert, nach Abzug derer, die, obwohl kaum operabel, dennoch operiert wurden, bleiben 9,7% operable Fälle. Diese Zahl, obwohl der von Gutiérrez (Inst. Rubio) mit 6,71% Operabilität überlegen, bleibt weit hinter den Operabilitätszahlen der deutschen Autoren zurück. *Michael* (Leipzig).

Pollosson, Aug., et H. Violet, Le chorio-épithéliome malin. Étude clinique. (Über malignes Chorionepitheliom.) Rev. de gynécol. et chirurg. abdom. Bd. **20**, Nr. 4/5, S. 455—492. 1913.

In Form einer klinischen Studie geben die Autoren auf Grund eigener und bereits veröffentlichter Fälle, im ganzen 455, eine eingehende Schilderung der ätiologischen Verhältnisse, der Symptome und der Schwierigkeiten der Diagnose. Besonders eingehende Behandlung der verschiedenen Arten von Metastasen und des Chorionepithelioms der Tuben. Neue Gesichtspunkte werden nicht gefunden. *Moos* (Breslau).

Coughlin, W. T.: Removal of strain from the round ligaments while healing, after correcting retroversion of the uterus. (Beseitigung der Spannung der runden Ligamente während der Heilung nach Korrektur einer Uterusretroversion.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 6, S. 712—713. 1913.

Unter der Unzahl neuer Operationen zur Korrektur der Uteruslagen sind die wenigsten brauchbar. Autor glaubt jedoch eine günstige Modifikation der alten Alexander-Adamschen Operation gefunden zu haben in Fällen außerordentlicher Schwäche der runden Ligamente.

Bei Ausführung einer Ventrifixation führte er eine gebogene Klemme mit einem doppelten Faden harten dicken Catgut durch den linken äußersten Leistenring, ging durch den Leistenkanal und dann in den subperitonealen Raum am linken äußersten Leistenring, verfolgte dann die Linie des linken runden Ligaments bis 3 cm vom Uterus. Das Peritoneum über der Spitze der Klemme wurde durchschnitten und der Faden in die Bauchhöhle gezogen. Das linke runde Ligament wurde nun in der gewöhnlichen Weise ausgezogen. Beide Fäden wurden durch das linke breite Mutterband geführt und hinter dem Uterus getrennt, subserös durchgezogen; wieder vereinigt durchdrangen sie auf der rechten Seite die analogen Partien wie links unter Einführung einer Klemme in den rechten Leistenkanal. Nach Einnähung beider Ligamente in die vordere Rectusscheide wurden die Catgutenden verknotet, um die einheilenden Ligamente vom Zug zu entlasten. Heilung. *Mohr* (Berlin).

Pauchet, Victor: Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. (Chirurgische Behandlung des Prolapses des Uterus und der Scheidenwände.) Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 28, S. 439—441. 1913.

Körperflege und Massage können manchmal die Operation vermeiden, müssen sie vorbereiten, später Rezidive verhüten. Therapie: 1. Bei Prolaps während der Menstruationsepoche: Die Cervix ist gewöhnlich stark hypertrophiert, Cysto- und Rectocele nur gering. Amputation der Cervix (wodurch gewöhnlich die geringe Cystocele sich ausgleicht) Alexander-Adams, ev. Kürzung der uterosakralen Bänder, Kolpoperineorraphie. Bei Neuropathischen bringt Alexander-Adams keine Heilung der Retroflexionsbeschwerden. In der Schwangerschaft hypertrophieren die gekürzten Bänder, bilden sich jedoch auch wieder zurück. 2. Bei Prolaps in dem Klimakterium: Vaginofixation nach Wertheim mit Tubensterilisation. Ist der Uterus atrophisch, zu klein also zur Stütze der Blase, dann ist Hysterektomie mit vaginaler Ligamentopexie am Platze, ebenso wie 3. bei Prolaps der alten Frauen. — Erfolgt Prolaps bei Hysterektomierten, so bleibt bei a) Greisinnen die Exstirpation der Scheidenwände, b) bei Jüngeren Fixation des oberen Scheidenendes durch Laparotomie an die runden und breiten Ligamente, oder nach supravaginaler Amputation Vernähung des Uterusstumpfes an die Bauchwand. — Bei Frauen, die aus anderen Gründen einer Laparotomie gleichzeitig zu unterwerfen sind, oder deren Scheidewände papierdünn, deren Uterus sehr klein ist, empfiehlt sich die Kochersche Operation: Einnähung des Fundus nach Sterliisation in die Schichten der Bauchwunde. Gegenindikation ist eine zu kurze Scheide. Bei der Perineorraphie ist Haut und Schleimhaut zu erhalten, die Levatoren sorgfältig nach Freilegung mit Bronzedraht zu vereinigen. — Eine Rectocele operiert man durch intraabdominellen Verschluß (Marion) oder durch transanale Resektion nach Mayo: Ablösung der Scheide vom Rectum, Ausstülpung der Rectocele nach dem Rectum durch den erweiterten Anus, Resektion derselben, U-Naht vom Darm und von der perinealen Incision aus. *Mohr* (Berlin).

Earl, Robert O.: Uterine prolapse. (Prolaps des Uterus.) St. Paul med. journal Bd. 15, Nr. 7, S. 347—354. 1913.

Der Uterus steht unter der Wirkung des intraabdominellen Druckes, d. h. des Gewichtes der Organe der Bauchhöhle. Prolapsfördernd wirken Verletzungen des Halteapparates bei Geburten, Verlust des Muskeltonus im Klimakterium, Geschwülste der Bauchhöhle. Anteversion hindert Prolaps, Retroversion erleichtert ihn. Halteapparat des Uterus: 1. Peritoneum, Gefäße, Nerven. Sie bilden eine ungenügende Stütze (siehe Hernien, Wanderniere). 2. Ligamente a) die runden, dienen bloß zur Erhaltung der Anteversion, ebenso wie b) die uterosakralen, deren Muskelteile gemeinschaftlich mit dem Uterus innerviert, ihn bei Wehen mit den runden gemeinsam niederhalten. c) die uterovesikalen, die der Retroversion entgegenarbeiten und gewöhnlich zuerst nachgeben (Cystocele), d) die breiten (Peritoneum, Bindegewebe, Gefäße, Nerven, Fett), die sich bei stärkerer Inanspruchnahme dehnen, e) der Levator ani, der den hinteren Teil des knöchernen Beckenausganges deckt und synchron mit der Bauchwand sich kontrahiert, f) das Diaphragma urogenitale, das nach vorn abschließt. Werden beide letztere Apparate nach Verletzungen durch Bindegewebe ersetzt, so erfolgt bald Dehnung, dann Prolaps. Der Levator ani erhält auch die Öffnung des Geschlechtskanals nach vorn gerichtet in Form eines Schlitzes und läßt so den intraabdominellen Druck im rechten Winkel auf den Beckenboden wirken. Hauptsächlich fixiert ist also der Uterus durch seine Stütz-, nicht durch seine Haftapparate. — Therapie: Pessarien dehnen den Kanal immer mehr bis zum Totalprolaps. Wichtig bei jeder Operationsmethode ist die gründliche Vereinigung beider Levatorenschenkel, die auf blutigem Wege dem Auge zugänglich zu machen sind. Ist der Levator zerstört, so kann man ihn durch 3 cm lange Streifen des Glutäus maximus ersetzen. Die Therapie unterscheidet 3 Gruppen. 1. Frauen, denen die Fruchtbarkeit zu erhalten ist: Cervixamputation, Kolpoperineorraphie, Alexander-Adams. 2. Frauen, die zu sterilisieren sind: Vagino-

fixation nach Watkins-Wertheim. 3. Frauen mit Totalprolaps: Ventrifixation des Uterus ev. mit Einnähen des Fundus in Peritoneum und Muskel der Bauchwunde, nach Abtrennen der Ligamente und Tuben. Ist es angeraten, den Fundus zu amputieren, so fixiert man den Cervixstumpf mit 2 Silkworenfäden nahe der Symphyse. Operation nach Flexner: Kolpo- und Perineorraphie nach Vernähung der ihrer Schleimhaut beraubten Cervix. Einschnitt längs dem Innenrand des rechten M. rectus. Abtrennung von runden und breiten Ligamenten nahe dem Uterus, Entfernung der Tuben und Ovarien, Befestigung der Stümpfe der breiten Ligamente nach Gilliam am Außenrande der Recti, des Cervixstumpfes in dem unteren Incisionswinkel. *Mohr* (Berlin).

Maxwell, R. Drummond: A special vaginal clamp for use in radical hysterectomies (Wertheim). (Eine besondere Vaginalklemme für die radikale Hysterektomie nach Wertheim.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 8. Obstetr. a. gynaecol. sect. S. 262—264. 1913.

Die Notwendigkeit, beim Schlußakt der Wertheimschen Radikaloperation, der Absetzung der Scheide, diese absolut dicht nach oben abzuschließen und die Schwierigkeit, diesen Abschluß mit den gewöhnlichen Klemmen zu erreichen, brachten Verf. zur Konstruktion einer Klemme, die das ganze Lumen der Scheide gleichmäßig fest zudrückt. Die beiden Arme der Klemme, die im Aussehen etwas an die alte Billrothsche Ovariotomieklammer erinnert, schließen genau parallel, der untere Rand ist leicht konvex. Die vordere Branche ist etwas länger als die hintere, ist dünn und federnd, die hintere Branche starr. Die Breite beträgt 8 cm. Wenn das Scheidenrohr genügend isoliert ist, kann die Klemme bequem angelegt werden und gewährt einen absolut festen Abschluß der Vagina. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Lizcano, P.: Präliminäre Kolpotomie bei Laparotomie wegen Hämatocele. (3. Kongr. f. Geburtsh., Gyn. u. Paed.) Siglo méd. Jg. **60**, Nr. 3107, S. 406—408. 1913. (Span.)

In allen Fällen, wo über Infektiosität oder Nichtinfektiosität einer Hämatocele oder ihre diagnostische Unterscheidung von eitrigen Adnextumoren Zweifel besteht, leistet Kolpotomie als Vorakt der abdominalen Operation Wertvolles, indem sie letztere mitunter überflüssig macht und, wo sie Gefahr für das Peritoneum bringen würde, verhütet, aber auch da, wo es sich um einen „reinen" Fall handelt, technisch oft sehr erleichtert; deshalb als erster Operationsakt in zweifelhaften Fällen sehr zu empfehlen. Zu widerraten nur bei akuter, schwerer, freier Blutung. *Michael* (Leipzig).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Falgowski, W.: Le traitement opératoire des anciennes infiltrations du petit bassin, y compris la paramétrite postérieure. (Die operative Behandlung der alten Infiltrationen des kleinen Beckens, mit Einschluß der Parametritis posterior.) Sem. méd. Jg. **33**, Nr. 30, S. 349—350. 1913.

Die Behandlung der alten Infiltrationen des Beckens ist sehr undankbar. Fränkel hat gezeigt, daß das Drainieren per vaginam die besten Resultate gibt. Wenn aber die Exsudatmassen hoch gelegen sind, ist es unmöglich, sie mit dem Drainrohr zu erreichen. Die Methode hat auch den Nachteil, die schlechte Lage der Gebärmutter, d. h. den Hauptgrund der Schmerzen, nicht zu korrigieren. Verf. macht eine Colpotomia anterior et posterior und löst die Adhäsionen mit dem Finger oder mit dem Messer. Wenn die Gebärmutter nun ganz frei ist, so wird sie an der vorderen Scheidenwand mit 3 Catgutnähten fixiert, dem ein vorderes und hinteres Drainieren mit Gaze folgt. Die Methode erlaubt noch, den ganzen Beckenboden mit dem Finger zu untersuchen. Die Adnexe können sogar auf Bedürfnis exstirpiert werden. Die Gaze wird am 5. oder 7. Tage allmählich entfernt. Die hintere Öffnung bleibt länger offen als die vordere, bis zu einigen Wochen. 4 Fälle sind mit vorzüglichen Resultaten behandelt worden. *R. Chapuis.*

Bauchorgane:

Baeumer: Über Bauchdeckenphlegmone und -abscesse mit Zuckerbehandlung. Naturw.-med. Ges., Jena, Sitz. 12. VI. 1913. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 30, S. 1687. 1913.

Verf. hat 3 Fälle von postoperativen Bauchdeckenabscessen und 1 Fall von Nekrose nach subcutaner Injektion von Ringerscher Lösung mit Zucker behandelt. Die Absceßhöhle wurde mit Streuzucker vollständig ausgefüllt. Die Folge war eine sehr heftige Reaktion der Wundfläche, welche den Zucker zur Einschmelzung brachte. Aus dem Sekret konnten 2 Stunden nach Applikation des Zuckers keine Bakterien gezüchtet werden; nach 24 Stunden fanden sich in 2 Fällen Pyocyaneus, welcher vorher nicht dagewesen war. Im Vordergrund der günstigen Zuckerwirkung steht seine fibrinlösende Eigenschaft. Nach 5—8 Tagen waren die Wundflächen gereinigt; frische Granulationen waren vorhanden. Unter weiterer Zuckerbehandlung ging die Granulationsbildung nicht so weit vorwärts, wie es durch Argentumsalbe bewirkt werden kann. Eine Schädigung des Gesamtorganismus durch die Behandlung wurde nicht beobachtet, ebenso keine Glykosurie. *Runge* (Berlin).

Marangoni, Giuseppe: Sull'occlusione intestinale da volvolo in sacco erniario. (Über Darmokklusion durch Volvulus im Bruchsack.) (*Spedale civ., Padova.*) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34,** Nr. 70, S. 735—737. 1913.

Zwei gleichartige Fälle. Stark geblähte Dünndarmschlinge in einer großen Leistenhernie. Ein Darmverschluß war zustande gekommen durch Drehung des abführenden Schenkels um die eigene Achse. Die Schlinge wurde vorgezogen und nach Beseitigung der Torsion mit Erfolg reponiert. Beide Male handelte es sich um Incarcerationserscheinungen bei alten, bisher leicht reponiblen Hernien mit weiter Bruchpforte. Das Eintreten des Volvulus war wohl beide Male verursacht durch Repositionsmanöver, welche die Kranken in alter Gewohnheit selbst ausführten; dadurch wurde vielleicht ein durch ungleiche Gas- und Kotfüllung angebahnter Wringverschluß komplett. Die Untersuchung ergibt in solchen Fällen lebhafte Muskelspannung des Leibes, im Bruchsack selbst ist dieselbe geringer. Verf. warnt davor, bei solchen, allerdings schwer erkennbaren Formen die Taxis ausführen zu wollen. *Hotz* (Würzburg).CH

Delétrez, A.: Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (Pseudomyxom des Peritoneums vom Appendix ausgehend.) Journal de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **13/21,** Nr. 5, S. 102—103. 1913.

58jährige Frau seit 1 Monat krank; schmerzhafter fluktuierender Tumor in der Appendixgegend. Bei der Operation gelatinöse, kolloide Flüssigkeit in der Bauchhöhle; hydatidenartige Bläschen auf dem Peritoneum. Appendektomie, Drainage. Heilung. Kasuistik von 20 Fällen aus der Literatur, die zum Teil im Auszug wiedergegeben werden. *Kalb* (Stettin).CH

Stocker, S.: Die Anwendung der Jodtinktur bei der trockenen Peritonealtuberkulose. Schweiz. Rundsch. f. Med. Bd. **13,** Nr. 18, S. 745—748. 1913.

Nachdem Verf. bei trockner Bauchfelltuberkulose die Heißluftbehandlung mit ungenügender Wirkung angewendet hatte, suchte er, Hofmanns Vorschlage folgend, eine stärker hyperämisierende Wirkung durch Jodierung des Bauchfells zu erreichen. Zuvor Tierversuche: Bei Kaninchen, deren Därme mit Jodtinktur bestrichen wurden, fanden sich bei später wieder vorgenommener Eröffnung der Bauchhöhle nicht die erwarteten Verwachsungen, sondern Därme von glatter Oberfläche. Ferner wurde das Peritoneum von 6 laparotomierten Kaninchen mit frisch bereiteter Tuberkelbacillenemulsion bestrichen, darauf bei drei von den Tieren diese Stellen mit Jodtinktur bepinselt, bei den anderen ohne weiteres der Bauch geschlossen. Nach 4 Wochen zeigten sich bei ersteren, nachträglich mit Jodtinktur behandelten keine Veränderungen auf dem Peritoneum, auch keine Verwachsungen, bei den anderen tuberkulöse Veränderungen, die, nochmals mit Jod behandelt, nach weiteren 14 Tagen deutliche Rückbildung zeigten. Aus diesen Experimenten schließt Verf., daß die Jodtinktur einen direkt heilenden Einfluß auf die Tuberkulose habe, daß ferner die Furcht vor Adhäsionsbildung infolge ihrer Anwendung übertrieben sei und daß man sie ohne Schaden beim Menschen anwenden dürfe. Stocker hatte Gelegenheit, 2 Kranke in dieser Weise mit gutem Erfolge zu behandeln, und teilt die Krankengeschichten mit. Ascites stellte sich, im Gegensatz zu Hofmanns Beobachtungen, während der Heilung nicht ein. *Wehl* (Celle).CH

Weinstein, J. H.: The question of abdominal drainage. (Die Frage der Bauchhöhlendrainage.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 6, S. 258—261. 1913.

Versuche an Hunden ergaben, daß bereits 8 Stunden nach Einlegen des Drains dasselbe durch fibrinöses Exsudat völlig von der Bauchhöhle abgeschlossen ist, so daß Farbstofflösungen, die 6—8 Stunden nach Einlegen des Drains in die Bauchhöhle an anderer Stelle injiziert werden, nicht im Drain zum Vorschein kommen. Nach 12 Stunden stellt das Exsudat bereits eine dicke, zähe Membran dar, welche das Drain völlig einkapselt und vollkommen undurchlässig macht. Nach 72 Stunden wird der abkapselnde Fibrinwall organisiert und gelockert von dem umgebenden Gewebe, mit dem er bis dahin innig und schwer lösbar verklebt ist. Alle Versuche mit verschiedenem Drainmaterial ergaben, daß nach 12 Stunden spätestens eine eigentliche Drainage nicht mehr stattfindet. Die seröse Sekretion durch das Drain nach außen ist nur Produkt der mechanischen Reizung des dem Drain anliegenden Peritoneums. — Eine Umfrage bei einer großen Zahl amerikanischer Chirurgen über Indikationsstellung und beobachtete Wirkung der Drainage ergab in der Hauptsache Übereinstimmung in folgenden Punkten bezüglich der Indikationsstellung zur Drainage: 1. bei lokalisierter oder allgemeiner Infektion zurzeit der Laparatomie; 2. bei der Gefahr einer Infektion im Anschluß an den operativen Eingriff; 3. wenn am Ende der Operation noch Material in der Bauchhöhle zurückgelassen werden muß, das nicht spontan resorbiert wird. Durch peinliche Asepsis, Blutstillung, schonendes Operieren, sorgsame Abdeckung der Bauchhöhle bei Gefahr der Infektion vom Ort der Operation aus, eventuell Kochsalzspülung nach Überschwemmung der Bauchhöhle mit infektiösem Material und nachherige Fowlersche Lage läßt sich die Notwendigkeit der Drainage bei Laparatomien auf ein Minimum reduzieren. *Albrecht* (München).

Ruth, C. E.: The use of rubber dam in gastro- and entero-enterostomy. (Der Gebrauch von Guttaperchastreifen bei der Gastro- und Enterostomie.) Med. council Bd. **18**, Nr. 7, S. 249—254. 1913.

Um bei Gastro- und Enteroanastomose eine spätere Verengerung oder Verschluß der Anastomose hintanzuhalten, näht Verf. über die hintere Mucosanaht einen dünnen Streifen Guttapercha. *Albrecht* (München).

Cunnington, C. Willett: A case of volvulus of the small intestine complicating general peritonitis; recovery. (Ein Fall von Volvulus des Dünndarms, mit allgemeiner Peritonitis kompliziert. Heilung.) Lancet Bd. **185**, Nr. 6, S. 387. 1913.

Lexer: Dickdarmausschaltung durch Einpflanzung des Ileumendes in die Flexura sigmoidea. Naturwiss.-med. Ges., Jena, Sitz. 12. VI. 1913. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 30, S. 1687. 1913.

Langjährige Obstipation, Antiperistaltik und chronische Kolitis bildeten die Indikation; das Resultat war auffallend günstig. Der Dickdarm oberhalb der Vereinigungsstelle wurde durch Raffung stark verengt, um die Ansammlung von Kot infolge Antiperistaltik (v. Beck) zu verhüten. *Runge* (Berlin).

Bérard, I., et A. Buche: Absence congénitale de l'appendice et syndrome appendiculaire aigu. (Erscheinungen akuter Wurmfortsatzentzündung bei angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes.) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. 26, S. 288—290. 1913.

Wird bei operativer Appendektomie der Wurmfortsatz nicht gefunden, so kann er zwischen den Blättern des Meso-Coecums liegen oder in das Coecum invaginiert sein. Beides konnten die Verff. ausschließen bei einem 33jährigen Kranken, den sie nach dem zweiten Anfall im freien Intervall operierten. Die Art der überstandenen Anfälle und der anatomische Befund machten es auch unwahrscheinlich, daß der Wurm durch Gangrän zugrunde gegangen sei, so daß nur die Annahme kongenitalen Mangels des Wurmes übrigbleibt. Die Anfälle müssen als reine Typhlitis angesehen werden. (Literatur.) *zur Verth* (Kiel).CH

Blackader, A. D.: Mucous cyst of the cecum in a child of ten weeks, producing occlusion of the ileocecal valve. And simulating a case of intussusception.

Resection of the gut. Death on the twelfth day. (Schleimcyste des Coecum bei einem Zehnwochenkinde, Ileocöcalklappenverschluß mit Vortäuschung von Intussuszeption. Darmresektion, Tod am 12. Tage.) (Americ. pediatr. soc., meet. 5.—7. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 182—183. 1913.

Acht Wochen nach Geburt beginnendes Erbrechen. Von außen im rechten unteren Bauchquadranten fühlbar eine wurstförmige Geschwulst. Laparotomie, Versuch der Lösung der vermeintlichen Intussusszeption. Da diese unmöglich, Resektion des Coecum. Nach anfänglichem Wohlbefinden Tod am zwölften Tag. Präparat: Schleimcyste (wahrscheinlich Retention) der der Klappe gegenüberliegenden Blinddarmwand, die Klappe verschließend. *Michael* (Leipzig).

Blackader, A. D.: Mucous cyst of the caecum in a child of ten weeks, producing occlusion of the ileo-cæcal valve, and simulating a case of intussusception. Resection of the gut. Death on the sixth day. (Schleimcyste des Coecums bei einem Kinde von 10 Wochen, mit nachfolgendem Verschluß der Ileo-coecalklappe, einen Fall von Intussusception vortäuschend. Darmresektion Tod nach 10 Tagen.) (Americ. pediatr. soc., 22. ann. meet., Washington, 5.—7. V. 1913.) Pediatrics Bd. **25**, Nr. 7, S. 452—453. 1913.

Vgl. vorstehendes Referat.

Richet Fils, Charles: Les appendicites hématogènes et l'élimination microbienne par l'appendicite. (Hämatogene Appendicitis und die Ausscheidung von Mikroorganismen durch eine Erkrankung des Wurmfortsatzes.) Union méd. du Canada Bd. **42**, Nr. 4, S. 208—220 u. Nr. 6, S. 338—347. 1913.

Unter den vielen Infektionskrankheiten, bei denen Appendicitis vorkommen kann, werden speziell Tuberkulose, Typhus, Pneumonie, Angina, Influenza und Septicämie besprochen. So zeigt die initiale cöcale Tuberkulose sehr oft anatomisch eine Anordnung der primären Knötchen, die vollkommen dem Versorgungsgebiet eines Gefäßes entspricht. Auch Injektionsversuche bestätigen diese Annahme. Für die hämatogene Infektion des Appendix durch Typhusbakterien werden klinische Typhusfälle zum Beweis gebracht, bei denen die Erkrankung ebenso wie eine akute Appendicitis begann. Ebenso finden sich zahlreiche berichtete Fälle von Appendicitis bei gleichzeitiger Pneumokokkenpneumonie, wenngleich zugegeben werden muß, daß — besonders bei Kindern — bei Pneumonie die Schmerzhaftigkeit am Mac Burneyschen Punkt zu diagnostischen Irrtümern führen kann. Häufiger als bei den genannten Erkrankungen besteht ein Zusammenhang der Appendicitis mit Angina, Influenza und Septicämie auf dem Blutwege. Sehr oft ist dabei die lokalisierte Appendicitis die Offenbarung der Allgemeininfektion. Für die so schwere Komplikation der Influenza mit Appendicitis werden klinische Fälle mitgeteilt. Als Beweis für die hämatogene Entstehung der Appendicitis findet man auch häufig die spezifischen Keime im Appendixeiter. *v. Bomhard.*

Andrée, Karl: Resektion des Ileocöcal-Teiles wegen Invagination durch submuköses Lipom. (*Chirurg. Klin., Marburg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 1, S. 115—123. 1913.

Wegen Erscheinungen des inkompletten Ileus bei unerträglichen Schmerzen im Leib wurde eine 66jährige Dame operiert. Es fand sich eine Invagination des Ileums 20 cm in das Coecum hinein. Resektion, Heilung nach Bildung einer Kotfistel. Verursacht war die Invagination durch ein submuköses Lipom des Ileums dicht oberhalb der Valvula coli, durch die es hindurchgetreten war und 20 cm Ileum strangförmig nach sich gezogen hatte. Die Übergangsstelle von Darm und Lipom befand sich im Zustand der demarkierenden Entzündung. Abbildung des Präparats.

Im ganzen sind mit dem berichteten 53 Fälle bekannt. Unter Heranziehung der Literatur wird der Sitz, die Häufigkeit, die Prognose, Therapie, Diagnose der Darmlipome besprochen, im besonderen betont, daß mit Sicherheit die Diagnose nicht gestellt werden kann. *Eugen Schultze* (Berlin).CH

Mathieu, Albert: Cancer du colon pelvien. (Der Krebs am Beckenteile des Dickdarmes.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 66, S. 1077—1080. 1913.

Der Beckenteil des Kolons beginnt am untersten Teile des Colon descendens und umfaßt

die Flexura sigmoidea und den oberen Teil des Rectums. Die Carcinome an diesem Anteile des Darmes sind es, mit welchen sich diese Arbeit befaßt. Die Diagnose dieser Tumoren ist oft sehr schwer zu stellen. Im Beginne können sie leicht mit einer gewöhnlichen Kolitis oder einer Colitis haemorrhagica verwechselt werden. Weiter kommen auch entzündliche Tumoren des Genitales und tuberkulöse Peritonitis differentialdiagnostisch in Betracht. Das Krankheitsbild wird aufgeklärt, wenn ein Darmverschluß eintritt, was gerade bei den beschriebenen Tumoren wegen ihrer Lage im Becken sehr häufig vorkommt. Weitere Komplikationen sind Verwachsungen des Carcinoms mit der Umgebung, es kann zur Bildung von Abscessen kommen, welche wieder in die freie Bauchhöhle, in die Blase oder nach außen zu durchbrechen können. Bei Verdacht auf diese Tumoren soll sorgfältig Palpation, Untersuchung des Stuhles und vor allem exakte Rectoskopie und Röntgenuntersuchung gemacht werden, womit meistens eine frühzeitige Diagnose zu stellen sein wird. Diese Schlüsse zieht Verf. aus der Beobachtung von 4 Fällen, deren Krankengeschichte er bringt. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Mauclaire: Typhlo-sigmoïdostomie et autres opérations, pour remédier à la stase caecale. (Typhlosigmoidostomie und andere Operationen, um die cöcale Stase zu heilen.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 23, S. 952—957. 1913.

Mauclaire verlangt für alle Fälle von chronischer Appendicitis ein Röntgenbild, um festzustellen, ob eine Dilatation oder Ptose des Coecums vorliegt. Für diesen Fall empfiehlt er die Coecopexie, Duplikatur des Coecums, Coeco-Sigmoideostomie oder gar Resektion. *Herzfeld* (Berlin).CH

Barr, Richard A.: Acute intestinal obstruction. (Akuter Darmverschluß.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 22, S. 1139—1142. 1913.

Allgemeine Besprechung. Zum Schluß empfiehlt Verf. ganz kurz eine von ihm einmal angewandte Methode: bei Darmresektion hat er nach lateraler Anastomose das proximale Ende mit Drainrohr offen aus der Wunde herausgeleitet; die Fistel hat sich spontan geschlossen. *Draudt* (Darmstadt).CH

Yeomans, Frank C.: A children's proctoscope. (Rectoskop für Kinder.) (Med. soc. of the county of New York, meet. 26. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 162. 1913.

Für die Größenverhältnisse des kindlichen Mastdarmes bestimmtes Rectoskop mit elektrischer Beleuchtung und einer Vorrichtung zur Ausdehnung des Rectums mit gleichzeitig eingeblasener Luft. *Laubenburg* (Remscheid).

La réunion par première intention dans le traitement chirurgical de la fistule à l'anus. (Die primäre Wundnaht in der chirurgischen Behandlung der Analfistel.) Sém. méd. Jg. **33**, Nr. 18, S. 206—207. 1913.

Verf. weist auf die Unzulänglichkeiten der gewöhnlichen Fistelspaltung hin, die häufig zu Rezidiven bzw. zu Inkontinenz führe. Er bespricht dann ein von A. W. Elting und gleichzeitig von Stephen E. Tracy ausgebildetes Verfahren, welches diesen Mängeln Rechnung trägt.

Nach transversaler Dehnung des Anus stellt man mittels Sonde Richtung und Einmündungsstelle der Fistel in das Rectum fest. Dann umschneidet man den Anus zirkulär an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut. Das Rectum wird vom Sphincter externus und ev. vom Sphincter internus losgelöst und bis über die Fisteleinmündungsstelle frei präpariert. Nach gründlicher Auskratzung der Fistelgänge wird der freigelegte Teil des Rectums abgeschnitten und das zentrale Ende desselben mit einigen Seidennähten an der Haut des Analrandes befestigt. Tamponade der Fistelöffnungen und des Rectums beschliessen die Operation. Einlauf nach 48 Stunden.

Verf. läßt diese Operation der völligen zirkulären Freilegung und Amputation des Rectums nur für sehr hoch einmündende Fisteln gelten und empfiehlt für die übrigen Fälle eine teilweise Freilegung der Circumferenz des Rectums und Teilresektion der fistulösen Darmwand, um bei Dehiszenz der Naht ein Hochgleiten des zentralen Darmendes und dadurch bedingte Narbenstenose zu vermeiden. *Mettin* (Berlin).CH

Habs: Die Chirurgie des Pankreas. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 32, S. 1277-1281. 1913.

Harnorgane:

Lexer: Nierentumor. Naturwiss.-med. Ges., Jena. Sitz. 12. VI. 1913. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 30, S. 1688. 1913.

Kopfgroßes Hypernephrom der Niere, welches dadurch interessant ist, daß die

beiden übriggebliebenen Nierenpole mit einem eigenen Nierenbecken und einem eigenen Ureterursprung ausgestattet sind. Es erklärt sich daraus die bei der funktionellen Nierenprüfung erhobene Tatsache, daß von der kranken Seite nicht die geringsten pathologischen Bestandteile geliefert wurden und sowohl die Harnstoff- wie die Farbenprobe normale Werte gab.
Runge (Berlin).

Castellino, P. F.: Fisiopatologia e clinica dell'apparato renale. Lez. 1. (Physiopathologie und Klinik der Niere.) (*Istit. di patol. med. dim., univ., Napoli.*) Tommasi Jg. 8, Nr. 15, S. 318—324. 1913.

Giuliani: Kyste séreux du rein. Néphrectomie. (Seröse Nierencyste. Nephrektomie.) (Soc. des scienc. méd. de Lyon, séance 16. IV. 1913.) Lyon méd. Bd. 121, Nr. 32, S. 237—238. 1913.

Giuliani: Calcul du rein. Pyélotomie. (Nierenstein. Pyelotomie.) (Soc. des scienc. méd. de Lyon, séance 16. IV. 1913.) Lyon méd. Bd. **121**, Nr. 32, S. 238—240. 1913.

McMechan, F. Hoeffer: Impacted renal calculi, how to obviate the necessity for operation. (Massiver Nierenstein. Wie läßt sich die Notwendigkeit der Operation verhindern? Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 7, S. 576 bis 578. 1913.

Kidd, Frank: A small muscle-splitting incision for the exposure of the pelvic portion of the ureter. (Kleiner Wechselschnitt zur Freilegung des Beckenteiles des Ureters.) Lancet Bd. **184**, Nr. 23, S. 1578—1581. 1913.

Außer den üblichen Indikationen zur Entfernung von Uretersteinen und um den bei Tuberkulose der Nieren miterkrankten Ureter zu entfernen, empfiehlt Verf. auch aus diagnostischen Zwecken den Ureter freizulegen, und zwar an Stelle der von anderer Seite empfohlenen diagnostischen Freilegung der Niere in Fällen, wo infolge hochgradiger Schrumpfblase eine cystoskopische Untersuchung nicht zum Ziele führt. Der verdickte oder normale Ureter lasse einen Schluß auf den Zustand der zugehörigen Niere bei sonst festgestellter Tuberkulose zu. 13 Krankengeschichten, davon 10 Freilegungen wegen Steins, eine wegen Tuberkulose und zwei aus diagnostischen Gründen.

Schnitt zwei Finger breit oberhalb parallel dem Poupartschen Bande durch Haut und oberflächliche Fascie, 3 Zoll lang, so daß dann 1/3 des Schnittes medial von der Paravertebrallinie liegt, dann Durchtrennung der Entericus-Aponeurose und auch des Internus und des Transversus in der Faserrichtung. Dann stumpfes Vorgehen. Nach Abschieben des Peritoneums sieht man dann beim Manne das Vas deferens, das nach unten medianwärts und die Vasa spermatica, die nach oben lateralwärts gezogen werden, entsprechend bei der Frau das Lig. rotundum und die Gefäße. Die dann sichtbar werdende Iliaca externa, an der Pulsation leicht kenntlich, wird bis zur communis aufwärts verfolgt. Dabei erscheint der Ureter, der die Beckenwand, über der Iliaca externa liegend, kreuzt und parallel der interna an der Wand des Beckens in die Tiefe führt. Er kann jetzt leicht sowohl weiter nach oben wie nach unten freigelegt werden, nach unten bis zur Blase hin. Um ihn zu incidieren, kann man ihn mit zwei umgelegten Catgutschlingen vorziehen. Durch den kleinen Schnitt wird bei der Notwendigkeit der Drainage ein Bauchbruch vermieden.
Ellermann (Danzig).CH

Boeckel, André: De l'exclusion de la vessie dans la tuberculose reno-vésicale. (Ausschaltung der Blase bei der Tuberkulose der Harnorgane.) (*Clin. des malad. des voies urin. de la fac. de Nancy.*) Rev. méd. de l'est Bd. **44**, Nr. 23, S. 736 bis 747, Nr. 24, S. 769—775, 1912, u. Bd. **45**, Nr. 2, S. 36—53. 1913.

Bei der Nierentuberkulose sind es meistens Blasensymptome (vermehrtes, schmerzhaftes Wasserlassen), die die Pat. zum Arzt führen. Die Beschwerden bessern sich nach der Entfernung der kranken Niere und zwar meist in kurzer Zeit, zuweilen erst nach Monaten oder Jahren. Unter 41 Fällen verschwanden die Blasenbeschwerden 15 mal unmittelbar oder nach einigen Monaten, 17 mal nach 2 Monaten bis 1 Jahr, 7 mal nach $1^1/_2$ Jahren. Der Rückgang der anatomischen Blasenveränderungen wurde durch die Cystoskopie festgestellt (18 mal vollkommene, 19 mal weitgehende, 6 mal nur geringe Besserung). Bei einer Anzahl von Fällen bleiben die Blasensymptome hartnäckig bestehen und verschlimmern sich trotz sorgfältiger Behandlung. Ursache: Tuberkulose der anderen Niere, die zunächst nicht erkannt wurde oder erst nachträglich auftrat,

oder Tuberkulose des Ureterstumpfes der entfernten Niere. — Schließlich können die Blasenveränderungen derart schwer sein, daß ein Rückgang nicht mehr möglich ist. Die Cystitiden der erwähnten Herkunft, sowie jene, die von einer Genital-Tuberkulose ausgehen, endlich die primäre tuberkulose Cystitis erfordern eine besondere Behandlung. Die verschiedenen Formen der Cystostomie sind wertlos. Die totale Blasen-Exstirpation wegen Tuberkulose ist bisher nur 5 mal gemacht worden, 50% Mortalität. Legueu hat empfohlen, diese Operation durch die Blasenausschaltung zu ersetzen (Vereinigung des Ureters mit dem Dickdarm End zu Seit). Die Blasenausschaltung ist bisher 7 mal gemacht worden (Tabelle). 2 Fälle des Verf. werden ausführlich mitgeteilt, in denen durch ein- bzw. beidseitige Nephrostomie die Blasenausschaltung erreicht wurde. Von diesen 7 Fällen sind 6 günstig verlaufen. Die Beschwerden verschwanden unmittelbar oder bald nach der Operation. Der Allgemeinzustand besserte sich. Rückgang der lokalen Veränderungen. (Vollkommene Vernarbung fand Willems bei der Sektion.) Hinsichtlich der Dauerresultate wurde festgestellt, daß 3 Patienten nach 5, 8 und 15 Monaten starben, ein 4. zeigte nach 6 Jahren urämische Symptome. Die Indikationen zur Operation, der bei der Urogenital-Tuberkulose in der Regel nur palliativer Wert beizulegen ist, sind Cystitis infolge doppelseitiger Nierenerkrankung oder infolge einseitiger Nierentuberkulose bei fehlender oder ungenügend funktionierender 2. Niere. Für die meisten Fälle genügt die einfache Nephrostomie ohne Ligatur des Ureters. Beim Bestehen einer Pyonephrose ist letztere überhaupt kontraindiziert. Bei der doppelseitigen Pyonephrose soll in 2 Zeiten unter Lokalanästhesie operiert werden. Die Nephrostomie ist der Vereinigung des Ureters mit dem Darm vorzuziehen, sie hat nur einen Nachteil: Die Operierten sind gezwungen, dauernd ein Urinal zu tragen. Wenn die Unterbindung des zugehörigen Ureters möglich ist, soll der doppelten Unterbindung die Durchschneidung des Ureters mit Kauterisierung der Schleimhaut folgen. In das Nierenbecken wird am besten ein Pezzer-Katheter Nr. 25 eingelegt, der alle 3 Wochen gewechselt werden muß. *Frangenheim.*CH

Cathelin, F.: Réflexions sur douze cas récents de calculs vésicaux lithotritiés. (Bemerkungen über zwölf neue Fälle lithotripsierter Blasensteine.) Année méd. de Caen Jg. **38**, Nr. 7, S. 343—346. 1913.

Verf. berichtet kurz über 12 neue Fälle von Blasensteinen, die er innerhalb zweier Monate lithotripsiert hat. Trotzdem fast alle Patienten im hohen Alter standen (5 über 70 Jahre) und Prostatahypertrophie zeigten, zum Teil sehr hochgradige, ja sogar maligne, war der Verlauf in allen Fällen glänzend, und die Pat. verloren sofort oder sehr bald nach der Entfernung des Steines ihre Beschwerden, besonders die Harnretention, obgleich in keinem Falle die Prostatektomie gemacht wurde. *Kneise* (Halle a. S.).

Tytgat, E.: Les dernières opérations pour la cure le l'extrophie vésicale. (Die letzten Operationsmethoden zur Behandlung der Blasenektopie.) Belgique méd. Jg. **20**, Nr. 23, S. 267—270. 1913.

Kurze chronologische Zusammenstellung über die einzelnen Operationsmethoden zur Behandlung der Blasenektopie. Die beste ist nach Ansicht des Verf. die von Heitz-Boyer und Hovelacque, die am sichersten eine Urinkontinenz gewährleistet. Sie ist deshalb auch dem Verfahren von Makkas, das auch gute Resultate zeitigt, überlegen. *Münnich* (Erfurt).CH

Bonn, H. K., Ureteral catheter diagnosis and therapy. (Diagnostik und Therapie mittels Ureterkatheters.) Indianapolis med. journal Bd. **16**, Nr. 4, S. 137—143. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß ursprünglich der Ureterkatheter nur angewendet wurde zur Feststellung der Existenz beider Nieren, zur Prüfung ihres Funktionswertes und zur vergleichenden Prüfung der Einzelharne, und daß sich erst aus diesen drei Nutzanwendungen die heutige mannigfache Verwertung entwickelt hat, die er ausführlich bespricht. Er zeigt den Wert der Uretersondierung mit einfachem oder mit Mandrinkatheter, mit klingendem und mit wachsbedecktem Katheter, den Wert der Nieren-Beckendrainage und -spülung, den Wert der Pyelographie und der Röntgenographie

überhaupt, den Wert des Ureterkatheters bei Bauchoperationen, besonders dem Wertheim, und geht nach dieser allgemeinen Besprechung ausführlich auf die Pathologie und Therapie der hier in Frage kommenden Erkrankungen ein. Besonders ausführlich bespricht er die verschiedenen Affektionen der Ureteren, Verengerungen, Erweiterungen, Entzündungen und deren Ursachen, sowie die Ureterfisteln, dann die Hydronephrose, die Pyelitis, insonderheit die Schwangerschaftspyelitis, die Pyonephrose, die Kalkulose und vor allem die Tuberkulose. *Kneise* (Halle a. S.).

Görl, L.: Die Röntgenstrahlen in der Urologie. Bericht über die Jahre 1910 bis 1912. Folia urol. Bd. 7, Nr. 11, S. 718—721. 1913.

Rubaschow, S.: Die Röntgenologie im Dienste der urologischen Chirurgie. (*Röntgeninst. von Dr. M. Immelmann, Berlin.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 5, S. 465—524. 1913.

Ergebnisse.

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Carlson, A. J.: The parathyroids and pregnancy. (Parathyreoiden und Schwangerschaft.) (*Hull physiol. laborat., univ. of Chicago.*) Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med. Bd. **10**, Nr. 5, S. 183—184. 1913.

Zur Klärung der Frage betreff der Überwanderung fötaler Hormone auf die der Produktionsorgane jener Hormone beraubte Mutter, hat Autor 16 Hunde und 11 Katzen im Endstadium der Schwangerschaft Thyreodea und Parathyreoidea entfernt. Die Ergebnisse bei den Hunden schienen dafür zu sprechen, daß Spätschwangerschaft die Erscheinungen der parathyreoiden Tetanie sogar beschleunigt. Bei den Katzen war dagegen das Resultat gegenteilig. *Mohr* (Berlin).

● **Hinselmann, Hans, Die angebliche, physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefäßen der uterinen Placentarstelle.** Stuttgart: Enke. 1913. 79 S. XVIII. Taf. M. 6.—.

Vgl. dieses Zentralbl. Bd. 2, S. 397.

Agazzi, A.: Intorno ai rapporti tra aderenze utero-placentari e sviluppo del feto. (Über die Beziehungen zwischen Adhärenz der Placenta und Entwicklung des Foetus.) (*R. scuola d'ostetr., Novara.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Bd. 1, Nr. 6, S. 633—638. 1913.

31 jährige VI para, welche 5 normale Entbindungen durchgemacht hat (nur bei den letzten zwei mußte die Nachgeburt manuell gelöst werden). Jetzt spontane Geburt eines gesunden, 3600 g schweren Kindes. Nach $^1/_2$ Stunde beträchtliche Blutung. Die Expression der Placenta nach Credé gelingt nicht, daher manuelle Placentarlösung: Wegen außerordentlich fester Verwachsungen kann der Mutterkuchen nur stückweise und unvollständig herausgefördert werden. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich ein großer Teil des Placentargewebes stark verändert. Degeneration der Chorionzotten mit teilweiser bindegewebiger Organisation der nekrotischen Partien. Die ganz vereinzelten noch gesunden Kotyledonen bestehen aus Zotten, bei welchen die starke Entwicklung (Hypertrophie?) der Blutgefäße und der syncytialen Elemente auffällt.

Vorliegender Fall liefert den Beweis, daß auch durch ausgedehnte Adhäsionen zwischen Uterus und Placenta die Entwicklung des Foetus nicht beeinträchtigt wird. Es scheint ferner die Vermutung begründet, daß bei Erkrankung eines ziemlich großen Teiles der Placenta, die noch gesunden Abschnitte eine kompensatorische Funktion übernehmen. *Colombino* (Mailand).

Neugebauer, Franz v., 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 11, S. 396 bis 412. 1913.

Im Anschluß an seine frühere Sammelforschung über „Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate", die 72 Fälle mit 21 Todesfällen ergab, gibt v. Neugebauer jetzt eine Statistik über solche Abortversuche bei verkannter Extrauterinschwangerschaft.

Er hat 29 Fälle gesammelt, von denen 7 zum Exitus kamen = 24% Mortalität. Von

27 operierten Frauen starben trotz der Operation 5 = 18%. Durch Operation wurden gerettet 22 Frauen von 27 = 80%. 2 Frauen wurden nicht operativ behandelt, starben beide, die eine an septischer Peritonitis nach Uterusauskratzung bei irrtümlicher Diagnose eines Abortus inkompletus, die andere an Ruptur der schwangeren Tube und Peritonitis. Die kriminellen Manipulationen bestanden in: Sondierung des Uterus, intrauterinen Einspritzungen, Einspießung eines Metallstabes, einer zugespitzten Bleifeder in den Uterus resp. das Scheidengewölbe, uterine Auskratzung, heiße Ausspülungen usw. Als Abtreiber genannt mehrmals ein Arzt oder eine Hebamme. Oft hatten wiederholte Eingriffe stattgefunden. Einmal Zerreißung eines Ureters.

v. N. neigt zu der Ansicht, daß die Manipulationen am Uterus kurz nach erfolgter Konzeption an der Entstehung der tubaren Einbettung des Eies Schuld haben können.

Semon (Königsberg i. Pr.).

Freeman, John K.: Ectopic gestation: report of a case operated upon before rupture. (Bericht über einen vor der Ruptur operierten Fall.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 7, S. 266—269. 1913.

Ectopische Schwangerschaft ist eine verhältnismäßig häufige Erkrankung, die jedoch sehr leicht mit Appendicitis und anderen intraabdominalen Erkrankungen verwechselt werden kann. Daher wird sehr oft die Diagnose erst durch Probeincision gestellt. Nach Hayd wird die Diagnose deshalb schwer gestellt, weil die Fälle gewöhnlich nicht vor der Ruptur in Behandlung kommen. Dagegen ist gerade die frühzeitige Diagnose in diesem Falle besonders wichtig.

Eine 32jährige Patientin, Mutter eines 7jährigen Kindes, kein Abort, keine Tuben- oder Ovarienerkrankung, keine Genitalinfektion klagte eine Woche über Erscheinungen von Appendicitis. Rechtsseitige Schmerzen, rechts außer Wanderniere ein wenig beweglicher Tumor ziemlich weich, ohne Temperatur. Letzte Regel vor 14 Tagen mit Schmerzen und nicht so stark, wie sonst. Plötzlich heftige Schmerzen und Temperatursteigerung, besondere Schmerzempfindlichkeit des Mc. Burneyschen Punktes. Die Diagnose in Narkose gestellt. Es wurde die schwangere Tube, der Appendix und das Ovarium reseziert. Obwohl nirgends Eiterung, sondern nur peritonitische Reizung, war Fieber vorhanden, das aber nach der Operation schwand.

Dieser Fall zeigt einige besondere Erscheinungen: Erstens das Fieber ohne Eiterung und Entzündung, die Tube war intakt mit Ausnahme der Erscheinungen einer früheren Entzündung, gleich nach der Operation waren Puls und Temperatur normal und blieben es auch, seit den letzten Menses war kein Ausfluß aus dem Uterus bemerkt worden, trotz mehrfacher Inaugenscheinnahme waren keine fötalen Reste zu finden. Verf. führt nun die Ansichten verschiedener Autoren über die Ursachen und die Symptome der Extrauterinschwangerschaft an. *Siefart.*

Boldt: Tubal abortion simulating appendicitis, with pyosalpinx on the opposite side. (Tubenabort, eine Appendicitis vortäuschend, mit Pyosalpinx auf der anderen Seite.) (New York obstetr. soc., meet. 11. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S 99—100. 1913.

37 Jahre alte Patientin hatte seit mehreren Monaten dumpfe Schmerzen in der rechten Fossa iliaca. Der Uterus war und lag normal. Linke Tube war etwas vergrößert; linke Adnexe schienen normal. Bei der Operation fand man das Abdominalende der rechten Tube verdickt und daran hing ein zylindrisches Blutklümpchen; in der Beckenhöhle eine große Menge dickes Blut. Das distale Ende dieses Blutklümpchens war leicht adhärent an der Spitze des geschwollenen Wurmfortsatzes. Der noch in der Tube sitzende Teil des Blutklümpchens wurde herausgedrückt. Die rechte Tube wurde, da sie mit Eiter gefüllt war, exstirpiert. *Bayer* (Köln).

Ballerini, G.: Il sistema nervoso vegetativo nello stato puerperale. (Das vegetative Nervensystem während Schwangerschaft und Wochenbett.) (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18**, Nr. 7, S. 112—113. 1913.

Verf. berichtet über 33 Fälle von Untersuchungen betreffend das Verhalten des vegetativen Nervensystems während des puerperalen Zustandes sowohl unter normalen als auch pathologischen Verhältnissen. Die Untersuchungen erstreckten sich nicht nur auf die klinische Untersuchung und Feststellung aller Elemente, die zur Bewertung der normalen und pathologischen Verhältnisse der verschiedenen Bestandteile des in Rede stehenden Systems dienen, sondern auch auf die entsprechende pharmakodynamische Forschung. Nur wenige allgemeine Schlüsse lassen sich hieraus ziehen.

Im großen und ganzen läßt sich behaupten, daß die Schwangerschaft schon an und für sich eine, wenn auch starken individuellen Schwankungen unterworfene, Hypertonizität des vegetativen Nervensystems zur Folge hat, ohne daß es andererseits möglich sei, hierbei eine scharfe Trennung zwischen Sympatico- und Vagotonie, bzw. einem Vorherrschen der einen über die andere festzustellen. Möglicherweise ist ein Zustand der Hypertonizität des autonomen Nervensystems vornehmlich bei Frauen anzutreffen, die in den ersten Monaten gravida toxische Manifestationen aufweisen, während nahezu mit Sicherheit anzunehmen ist, daß eine absolute Sympaticohypertonie unter normalen ebensogut als unter pathologischen Schwangerschaftsverhältnissen stets vermißt wird. Im übrigen besitzen wir hierüber zu spärliche Erfahrungen, um behaupten zu können, es bestehe unter physiologischen Schwangerschaftsverhältnissen ein funktioneller Antagonismus zwischen genitaler Hyperfunktion und den Nebennieren. Auch vermögen wir die physiologischen Schwangerschaftserscheinungen der ersten Monate noch nicht als vagotonische Äußerungen anzusprechen. Dasselbe gilt von manchen toxischen Manifestationen der ersten Schwangerschaftsperiode (unstillbares Erbrechen, Ptyalismus usw.) als dem Ausdruck einer vorherrschend auf das autonome Nervensystem ausgeübten Einwirkung, obwohl die Leichtigkeit, mit dem Schwangere Adrenalin vertragen, und die bekannte Heilwirkung dieses Mittels bei manchen dieser Vergiftungsformen solche Annahmen zu stützen vermögen. Bemerkenswert ist der bei albuminurischen und eklamptischen Patientinnen vorherrschende hypertonische Zustand des autonomisch konsensuellen Systems, was einen hohen physiopathologischen Wert besitzen kann. Noch vielerlei, die Beziehungen zwischen vegetativem System, Schwangerschaft und endokrinen Organen betreffende Nebenfragen können erst in einer ausführlicheren Arbeit und auf Grund eines ausgiebigeren Untersuchungsmaterials erörtert werden. *Feroni* (Parma).

Scipiades, Elemér: Myom und Schwangerschaft. Abhandl. a. d. Geb. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 2, H. 2, S. 201—575. 1913.

Auf Grund von 67 Beobachtungen bespricht Scipiades nicht nur, wie der Titel lautet „Myom und Schwangerschaft“, sondern auch „Die Geburt“ und „das Wochenbett bei myomkranken Uterus“. Bezüglich der Schwangerschaft kommt Verf. zu den Schlüssen, daß nur ein kleiner Prozentsatz (17,2) der Frauen dieselbe beschwerdefrei erträgt; von den Beschwerden entfallen 34,07% auf Schmerz, 29,67% auf Veränderung des Bauchumfanges, 28,57% auf mechanische Symptome (erschwerte Harn- und Kotentleerungen, Atembeschwerden usw.). Ein Wachstum des Fibroms während der Schwangerschaft ist nicht die Regel, ebensowenig die Erweichung der Geschwulst; Lagewechsel des Myoms kommt bei solchen des Uteruskörper und auch des Cervix vor; die Graviditätsfluxion leitet häufig pathologisch-anatomische Veränderungen der Tumoren ein. Das Myom kommt bei extrauteriner Schwangerschaft in ca. $2^1/_2$% der Fälle vor und bildet in $^1/_2$% sicher die Ursache davon; Placenta praevia zeigt sich häufiger (6%), hingegen nicht häufiger als gewöhnlich vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung, wohl aber Blutungen (14—16%). Die seltene, gestielte Entwicklung des Myom führt zu ernsten Komplikationen (Achsendrehung, Knickung des Stieles); zu weiteren Gefahren führt die Einkeilung der Geschwulst in das Becken; nicht selten (10—12%) werden Störungen von seite des Bauchfelles beobachtet. Was die Diagnose anbelangt, so ist selbe um so schwieriger, je jünger die Schwangerschaft, je größer die Geschwulst, je mehr der cervicale Teil des Uterus durch den Tumor entstellt und disloziert ist. Die Vorteile der rectalen und Narkoseuntersuchung sollen nicht beiseite gelassen werden. Die Diagnose der Schwangerschaft wird seltener verlangt, als die der Geschwulst. In nur $^2/_3$ der Fälle gelingt es, das Myom sicher zu erkennen, leicht werde es mit anderen Geschwülsten verwechselt oder mit Extrauteringravidität, mit Uterus-bicornis, mit Zwillingsschwangerschaft usw. — Prognostisch ist das Austragen der Schwangerschaft zweifelhafter, weil in 30—33% operative Eingriffe nötig sind, die häufig Schwangerschaftsunterbrechung hervorrufen. Kaum mehr als die Hälfte der

Graviden tragen aus. Therapeutisch wird vor künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft gewarnt, da häufige Gravidität für das Fibrom vorteilhaft, hingegen Abortus arteficialis ein sehr gefährliches Vorgehen sei, ebenso die künstliche Einleitung der Frühgeburt. Während der Schwangerschaft ausgeführte abdominale Myotomie ist sehr gefährlich, die souveräne Operation bleibe die supravaginale Amputation, die Totalexstirpation komme nur dann zur Anwendung, wenn die Vagina ohnehin eröffnet wird, oder wenn eine Scheidendrainage unbedingt nötig ist. Geburten finden sich ungefähr in 0,3% bei myokrankem Uterus, deren Diagnose nicht immer leicht festzustellen ist; noch schwieriger ist die Bestimmung der Fruchtlagen, die häufig ungünstig sind. Der Geburtsverlauf zeichnet sich im allgemeinen durch Verzögerung aus, insbesondere wird die Eröffnungszeit verzögert bei eingeklemmten oder cervicalen Geschwülsten, ferner bei Beckenwend- und Querlagen; vorzeitiger Blasensprung ereignet sich in nahezu $^3/_4$ der Fälle; die Austreibungszeit braucht bei Geburten, die per vias naturales möglich sind, nicht verzögert zu sein, ist jedoch meist sehr schmerzhaft. Die Placentarperiode ist bei diesen Geburten um ungefähr 21% seltener normal, am häufigsten wird Credé oder manuelle Placentalösung erforderlich; ohne Ausnahme ist bei submukösen Geschwülsten die dritte Geburtszeit gestört. Die gefährlichsten Störungen sind die häufigen Blutungen, die sich öfters auch noch als postplacentare zeigen. Der Einfluß der Geburt auf das Myom kann sich in dreifacher Weise äußern, in einer Auflockerung mit nachfolgender Abflachung des Tumor, in seinem Aufsteigen und im Geborenwerden der Geschwulst (sehr selten). Die Prognose für Geburten kompliziert mit Myomen kann nur fallweise bestimmt werden, so viel ist aber sicher, daß operative Eingriffe sehr häufig nötig werden, und zwar sowohl rein geburtshilfliche als chirurgische Operationen, es sollen demnach Frauen, deren Uterus mit einem Myom von irgendwelcher Bedeutung belastet ist, in Anstalten gebären. Von der einfachen Reposition bis zur Totalexstirpation können alle geburtshilflichen gynaekologischen Operationen in Frage kommen. Für das Wochenbett bei myomatöser Gebärmutter bildet die richtige Prophylaxe sowohl bei der Asepsis, wie auch bei der Art der Behandlung der Geburt die wichtigste Grundlage. Die Behandlung des Wochenbettes erfordert meist nur symptomatische Therapie, ganz ausnahmsweise operatives Vorgehen und zwar dann, wenn für eine schwere puerperale Erkrankung das Myom die ausschließliche oder wenigstens eine direkte Quelle bildet. *Torggler* (Klagenfurt).

Brickner: Suppurating fibroid due to a criminal abortion. (Vereitertes Fibrom infolge eines kriminellen Aborts.) (New York obstetr. soc., meet. 11. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 99. 1913.

34 jährige Frau, 10 Wochen schwanger, ließ sich von einer Hebamme die Frucht abtreiben, worauf sie 3 Tage lang Fieber hatte. Seitdem hatte sie dann Schmerzen, zuerst in der rechten, später auch in der linken Seite. An der letzteren Stelle war eine harte, unbewegliche, nicht schmerzhafte Masse zwei Finger breit über dem Nabel zu fühlen. Diese Geschwulst war durch eine tiefe Furche von einer zweiten in der linken Bauchhälfte liegenden, nicht so großen, aber außerordentlich weichen Geschwulst getrennt. Bei der Eröffnung des Abdomens fand man das Netz mit den Fibromen verwachsen. Bei der Entfernung des rechten Fibroms ergoß sich aus diesem schmutziger Eiter über das Peritoneum und die Wunde. Das Netz wurde abgebunden, die Geschwulst außerhalb des Abdomens gelagert und die supravaginale Hysterektomie ausgeführt. Glatte Heilung. *Bayer* (Köln).

Frank: Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth month of pregnancy: normal labor: pyelitis postpartum. (Myomektomie wegen eines nekrotischen Fibroids während des 4. Schwangerschaftsmonats; normale Geburt; Pyelitis im Wochenbett.) (New York obstetr. soc., meet. 11. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 97—99. 1913.

32 jährige Frau, $2^1/_2$ Monate schwanger, weist in der vorderen rechten Uteruswand ein Fibroid von der Größe einer kleinen Citrone auf, welches den unteren Pol der rechten Niere ererweicht hatte. Am Ende des 4. Monats traten heftige Schmerzen an der rechten Seite auf, zugleich stellten sich Urinbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen ein; kein Fieber. Durch einen medianen suprapubischen Schnitt wurde das in seinem Inneren nekrotische Fibroid bloßgelegt und ausgeschält. Nach normalem Wundverlauf kam die Frau zur richtigen Zeit spontan nieder, doch

zeigte sich am 12. Tage eine Vergrößerung der rechten Niere. Der Urin enthielt 20 Tage lang viel Schleim, Eiter und Formelemente. Nach weiteren 3 Wochen trat Heilung ein.

Bayer (Köln).

Geburt:

Basso, G. L.: Sull'uso dell'estratto di ghiandola pituitaria in ostetricia ed in ginecologia. (Über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und in der Gynaekologie.) (*Clin. ostetr.-ginecol., Firenze.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Bd. 1, Nr. 6, S. 537—632. 1913.

Nach einer Literaturübersicht berichtet Verf. über 152 Fälle.

Das Material zerfällt in folgende Gruppen: 1. Wehenschwäche (meistens sekundär). 107 Fälle. 77 davon beziehen sich auf die Eröffnungsperiode, bei welcher die Wirkung der Hypophysenextrakte um so deutlicher auftrat, je weiter die Dilatation des Muttermundes fortgeschritten war. In der Austreibungsperiode (d. h. bei den übrigen 30 Fällen) war der Effekt noch ein stärkerer, so daß die sonst indizierten Eingriffe, wie Zange und manuelle Extraktion, viel seltener in Betracht kamen. Schädigende Nebenwirkungen für Mutter oder Kind wurden nicht beobachtet, abgesehen von ganz wenigen Fällen, wo nach Applikation der Hypophysenextrakte in der ersten Geburtsperiode ein richtiger Wehensturm mit Neigung zur Uterustetanie, jedoch ohne jegliche Komplikation, zustande kam. 2. Placenta praevia marginalis. 3 Fälle. Günstige Beschleunigung der Geburt mit 1—2 ccm Pituitrin im Anschluß an die künstliche Blasensprengung. 3. Vorzeitige Placentarlösung. Auch hier schnelle Beendigung der Geburt, 4mal mit Injektion nach vorausgegangenem Eihautstich. 4. Kaiserschnitt. 2 Fälle. Ungenügende blutstillende Wirkung, die wahrscheinlich auf die zu geringe Dosis (1 ccm) zurückzuführen ist. 5. Drohender Abortus. 4 Fälle. Bei schon vorhandenen Kontraktionen Verstärkung derselben mit Ausstoßung des Eis, sonst keine Wirkung. 6. Blutungen in der Nachgeburtsperiode. 2 Fälle. Negatives Resultat. 7. Einleitung des künstlichen Abortus und der künstlichen Frühgeburt. Im ganzen 12 Fälle. In einer Hälfte davon guter Erfolg, aber nur bei kombinierter Anwendung der Hypophysenextrakte mit anderen wehenerregenden Mitteln, wie Tamponade des Cervicalkanals und der Scheide, Metbreuryse und Bougie nach Krause. 8. Osteomalacie im Wochenbett. 1 Fall. Schmerzen in den unteren Extremitäten und Gehstörungen wurden durch eine tägliche Einspritzung von 1 ccm Hypophysin während eines Monats auffallend gebessert. 9. Diffuse, eitrige Peritonitis. 2 Fälle. Versager. 10. Meteorismus und Darmparese nach Laparotomie. 3 Fälle. Wiederherstellung der Darmtätigkeit. 11. Postoperative Blasenparese. 8 Fälle. Zum Teil unsichere, zum Teil negative Resultate. 12. Blutungen bei Virgines. 3 Fälle. Versager.

Es wird zum Schluß noch hervorgehoben, daß die verschiedenen vom Verf. ausprobierten Präparate (Pituitaryextrakt von Bourrughs, Wellcome, Pituitrin von Parke-Davis, Pituglandol von Hoffmann-Laroche, Hypophysin von Meister Lucius und Brüning, ipofisina dell' Ist. sieroterapico milanese) keinen wesentlichen Unterschied in ihrer Wirksamkeit zeigen. Zu geburtshilflichen Zwecken zeigt sich eine einzige Einspritzung von 1 ccm meistens ausreichend, manchmal kommt eine erneute Injektion (erst nach $^1/_2$ Stunde zu geben!) in Betracht, selten eine dritte. Die Blutdrucksteigerung ist fast konstant und beträgt 10—30 mm Hg. Als Kontraindikationen in der Anwendung der Hypophysenextrakte sind Nephritis, Eklampsie, Myokarditis, Arteriosklerose anzusehen. Die Darreichung von Hypophysenextrakt ist den Hebammen streng zu untersagen.

Colombino (Mailand).

Hofstätter, R.: Über Mißerfolge und Schädigungen durch die Hypophysen-Medikation. (*Allg. Poliklin., Wien.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, Erg.-H.. S. 142—186. 1913.

Bericht über Mißerfolge und Schädigungen durch die Hypophysenmedikation auf Grund eigener und fremder Fälle. Pituitrin kann in akuten Fällen (während und nach der Geburt) und in chronischen Fällen (Harnblasenatonien, gynaekologischen Blutungen, Amenorrhöe, Hypoplasien, Kastrationsbeschwerden, Osteomalacie) zur Anwendung kommen. Irgendwie nenneswerte Störungen durch die Hypophysenmedikation wurden nicht beobachtet. Versager sind durch die mangels einer physiologischen Maßeinheit bestehende Inkonstanz des Präparates, durch die unrichtige Anwendungszeit und Dosierung des Mittels möglich. Die Wirkung des Pituitrins in der ersten Geburtsperiode ist ziemlich unsicher, jedoch schadlos. Wehenverstärkung durch Pituitrin, die oft zum Tetanus führen kann, ist nur bei im unteren Uterusab-

schnitt fixierten Kindesteil oder Ballon angezeigt. Vor der Anwendung des Pituitrins als Luxusmittel zur Erzeugung eines Geschwindigkeitsrekordes ist zu warnen. Bei inkompletem Abortus ist Pituitrin nicht anzuwenden, Hofstätter lehnt die Anschauungen Pateks über eine spezifische Cervixwirkung ab. Die Einleitung der Geburt und Frühgeburt gelingt durch Pituitrin nur ausnahmsweise. Die Gefahr der verstärkten Blutung in der Nachgeburtsperiode nach vorausgegangener Pituitrinanwendung besteht kaum, es macht sich im Gegenteil eine tonisierende Wirkung des Präparates auch in der Nachgeburtsperiode geltend. Stärkere intrauterine Asphyxie des Kindes kommt bisweilen, aber selten vor. Bei Personen mit nicht oder kaum kompensiertem Vitium, bei starker Arteriosklerose oder Nervosität ist Pituitrin wie alle blutdrucksteigernden Mittel nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Bourough-Welcomes Präparat ist an erster Stelle zu nennen, an zweiter Pituitrin Parke, Davis und Co., dem Pituglandol Hoffmann-La Roche gleichwertig ist. *Bienenfeld.*

Vogelsberger, Ernst, Über die künstliche Einleitung der vorzeitigen und rechtzeitigen Geburt durch Galvanisation in Verbindung mit Pituitrin. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg i. E.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99**, H. 3, S. 609—637. 1913.

Da die Wirkung des Hypophysenextrakts nach den Erfahrungen der Straßburger Klinik erst dann einsetzt, wenn die Geburtsarbeit schon zur völligen Entfaltung der Cervix mit genügender Ausbildung des unteren Uterinsegments geführt hat, da also eine nur dann einsetzende Wehenschwäche damit bekämpft werden kann, so griff Fehling bei der Einleitung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft auf die von Schreiber empfohlene Galvanisationsbehandlung zurück und kombinierte diese Methode in folgender Weise mit Pituitringaben:

Einlegen einer durch Gummidrain ioslierten Sonden- oder Kugelelektrode als Kathode (ev. unter Kontrolle des Auges) in die Cervix und Andrücken gegen die hintere Wand. Die Anode — eine mittelgroße Platte auf die Bauchdecken — mit kurzen Schlägen herumbewegen. Stromstärke 10—15 Milliampere. Tritt eine Wehe auf, einige Minuten pausieren. Fortsetzung dieser Manipulation, bis Kontraktionen spontan auftreten. Bis zur nächstfolgenden Sitzung nicht länger als 2 Stunden warten. Danach oder besser, kurz vor Abschluß der letzten Sitzung eine, ev. später noch eine zweite Einspritzung von 0,2 Substanz der Hypophyse. Bei den 6 Fällen von künstlicher Frühgeburt waren durchschnittlich 2—3 Sitzungen und 2 Einspritzungen nötig. Die Eröffnungs- und Austreibungsperiode verliefen normal, die Kinder waren alle lebensfrisch und die Wochenbetten fieberfrei. Bei den 4 künstlich eingeleiteten Aborten stehen 2 Erfolge 2 Mißerfolgen gegenüber; dieses Verfahren sei deshalb wohl besser durch die anderen Methoden zu ersetzen (Laminaria, Tamponade, Metreurhyse). Ganz hervorragend sind die Erfolge kurz vor dem normalen Ende der Schwangerschaft. Von den beobachteten 8 Fällen entzog sich einer nach 3 Sitzungen der weiteren Behandlung, 4 mal waren nur 1 Sitzung, 2 mal 2 und 1 mal 5 Sitzungen erforderlich. 3 mal wurde die Geburt ohne Pituitrin beendet. Entbindungen und Wochenbetten normal; die Kinder lebensfrisch. *Elten* (Charlottenburg).

Le Lorier, V., Dystocie par excès de volume du foetus; accouchement prématuré provoqué (étude de deux observations). (Geburtshindernis durch übergroßen Umfang des Foetus; künstliche Frühgeburt, 2 Beobachtungen.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. **8**, S. 100—102. 1913.

Autor verteidigt die künstliche Frühgeburt bei mäßig großem oder normalem Becken und übermäßig großem Kinde.

29 jähr. III para, I. Partus Zange, lebendes Kind von 5 kg, 2. Partus Kranioklasie eines Kindes von 7 kg, letzte Regel 7. Oktober 1906, der befruchtende Beischlaf wahrscheinlich am 10. November. Die Größe des Uterus entspricht ebenfalls einer Schwangerschaft von 6 Monaten. Der Damm fehlt infolge Zerreißung fast ganz, das Becken ist sehr geräumig. 27. Mai Uterushöhe 30 cm, 20. Juli Einleitung der Geburt durch Champetier, Zange, lebendes Kind von $3^1/_4$ kg, manuelle Lösung der Placenta, Mutter und Kind leben und sind gesund. 30 jähr. Patientin. 14. April 1900 Geburt eines Kindes von 12—14 Pfund, 67 cm lang, das durch Zange tot entwickelt wurde. Vollkommener Dammriß. Gatte groß und stark. Uterusprolaps. Schwängerung am 17. November, letzte Regel am 25. Oktober, 16. Juli 1912 künstliche Geburt eingeleitet durch Champetier. Spontane Geburt eines $3^1/_2$ kg schweren Kindes, das trotz leichter Cyanose sich gut entwickelt.

Autor bestimmt den Termin zur Einleitung der Frühgeburt allein nach der augenscheinlichen Größe des Foetus vermittels mehrmaliger Untersuchung. *Mohr* (Berlin).

Pankow, O.: Der hohe Geradstand. (*Akad. Frauenklin., Düsseldorf.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 2, S. 128—142. 1913.

Der hohe Gradstand ist keine so seltene Anomalie, als man nach der bisher vorliegenden Literatur annehmen könnte. Pankow hat sie unter 4000 Geburten 16 mal beobachtet. Dabei liegt das Hinterhaupt öfter nach vorne (Positio occipitalis pubica), wie nach hinten (Positio occipitalis sacralis), entsprechend dem häufigeren Vorkommen der ersten Schädellage. In seltenen Fällen findet sich der hohe Gradstand auch bei Steiß-Gesichts- und Stirnlagen. Das enge Becken scheint beim Zustandekommen eine gewisse Rolle zu spielen, stellt aber nicht die einzige Ursache dar. Es scheint, daß er, wenigstens teilweise, eine Haltungsanomalie des Kindes darstellt. Die Geburt kann spontan verlaufen (nach P. Beobachtungen in über der Hälfte der Fälle). Dabei tritt der Kopf bei Positio occipitalis pubica entweder mit gerade verlaufender Pfeilnaht durch das Becken oder diese dreht sich in den schrägen resp. queren Durchmesser und dann wieder in den graden zurück. Die Spontangeburt ist bei Positio occipitalis sacralis scheinbar nur durch Drehung des Kopfes möglich, wobei sich dann stets eine typische Hinterhauptslage herstellt. Deshalb ist der hohe Gradstand zunächst exspektativ zu behandeln. Es erscheint unmöglich eine Drehung des Kopfes hierbei durch Umlagerung der Frau zu erzielen, dagegen empfiehlt es sich, diese durch innere und äußere Handgriffe zu versuchen. Die operative Beendigung ist nur in vereinzelten Fällen, in denen die Geburt nicht spontan erfolgt, nötig. *Frankenstein* (Cöln).

Porter, W. D.: A case of rupture of the uterus. (Ein Fall von Uterusruptur.) (Cincinnati obstetr. soc., meetr. 20. III. 1913.) Lancet-clin. Bd. **109,** Nr. 19, S. 517—518. 1913.

Eine 37jährige Vpara wird nach 24stündigen erfolglosen Wehen unter der Diagnose: Hydrocephalus in die Klinik gebracht. Die Untersuchung ergab einen Riß, welche sich durch das l. Scheidengewölbe und die Cervix erstreckte. Das obere Ende des Risses war nicht zu erreichen. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand sich das hydrocephalische Kind tot in der Bauchhöhle. Naht des sehr großen bis in das Ligamentum latum reichenden Risses mit mehrschichtiger Catgutknopfnaht. Um die Uteruswunde wird Jodoformgaze gelegt. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

Verf. bespricht die Indikation der Laparotomie bei Uterusruptur und hält sofortige Operation nur bei größeren Rissen oder wenn sich das Kind in der Bauchhöhle befindet, angezeigt. Bei kleineren Rissen kann der Eingriff strittig sein, bei schwerem Shock ist vor jedem Eingriff so lange abzuwarten, bis sich die Pat. wieder erholt hat. *Burk* (Stuttgart).

Bastianelli, Pietro: Osservazioni diagnostiche-operative e istologiche sopra un caso di perforazione d'utero con ansa del tenue ospitalizzata. (Diagnostisch-operative u. histologische Beobachtungen über einen Fall von Uterusperforation mit eingeklemmter Darmschlinge.) (*Osp. Alberti S. Giovanni Valdarno.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 2, S. 33—51. 1913.

Verf. berichtet über eine Uterusperforation einer Multipara mit einer Dünndarmschlinge im Uterus. Pat. wurde mit der Diagnose Abortblutung eingeliefert. Bei der Untersuchung mit dem Hysterometer hatte Verf. das Gefühl als bewege sich das Instrument in einem leeren Raum. Jegliche Uteruskontraktion blieb aus. Bei der Digitaluntersuchung stößt man in dem normal großen Uterus auf einen platten weichen Körper, der durch die Cervix hervorgezogen sich als Dünndarmschlinge entpuppte und vorsichtig reponiert wurde. Bei der sofort ausgeführten Laparotomie fand sich eine zweimarkstückgroße Perforation mit wulstigen graugelben Rändern Dieselben wurden abgetragen und die Wunde durch 2reihige Naht geschlossen. Die Heilung erfolgte glatt. Verf. glaubt als Ursache ein Trauma annehmen zu müssen, vielleicht die ein Jahr zuvor ausgeführte Wendung. *Burk* (Stuttgart).

Schechner, Michael: Blutung post abortum et post partum. (Eine forensisch wichtige Bemerkung.) Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 30, S. 1207. 1913.

Nach manueller Placentarlösung muß der Landarzt mindestens $^1/_2$ Stunde bei der Patientin bleiben. Dauern die Erscheinungen der akuten Anämie an, so muß man an ein Hineinsickern ins Uteruscavum denken und sofort instrumentell etwaige Placenta- oder Eihautreste entfernen. *Bischoff* (Düsseldorf).

Lichtenstein: Weitere Erfahrungen mit der abwartenden Eklampsiebehandlung. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 2, S. 152—165. 1913.

Leipziger Klinik hat die geburtshilflich-aktive Eklampsiebehandlung seit 2 Jahren ganz verlassen, da bei Ungewißheit der Ätiologie keine kausale Therapie möglich ist. Um für diese Ansicht Anerkennung zu finden, werden 94 abwartend behandelte Fälle statistisch verarbeitet und mit den gegnerischen Arbeiten von Liepmann, Fromme und Freund verglichen.

Lichtensteins Beobachtungen beziehen sich auf 25 Eklampsien ante, 56 intra (mit 5 Todesfällen) und 13 post partum. Von den 103 Früchten gingen insgesamt 37,3% verloren, aber nur 21,3% von den 75 Lebensfähigen; 59 (62,8%) Mütter kamen spontan nieder; außer einem vaginalen Kaiserschnitt kein Bossi, keine Cervixincisionen, sondern nur Zange, Wendung Extraktion, Perforation und manuelle Placentalösung. Die gesamte mütterliche Mortalität beträgt 5,3%. Nach einmaligem Aderlaß hörten die Anfälle in 54% auf; 42% der Eklampsien vor der Geburt heilten interkurrent. In geschlossener Reihe fanden 74 Fälle Heilung.

Aus diesen Daten zieht Verf. den Schluß, die abwartende Eklampsiebehandlung, bei der von der Seitenlage der Mutter viel Gebrauch gemacht werden soll, ergebe die besten Resultate. *Torggler* (Klagenfurt).

Kayser: Der Kaiserschnitt im Wandel der Zeiten. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 30, S. 813—826. 1913.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wird eingehend besprochen, wobei neben der wechselnden Technik das Indikationsgebiet dieser neuen Methode zur Erörterung kommt. Bei einem Vergleich zwischen klassischem und extraperitonealem Kaiserschnitt ergibt sich, daß dem letzteren Verfahren bei einer Reihe von Vorzügen auch nicht zu unterschätzende Nachteile gegenüberstehen, so vor allem neben der Unmöglichkeit einer oft dringend nötigen Sterilisation die Möglichkeit einer prognostisch recht ungünstig zu beurteilenden Infektion des Beckenzellgewebes, eine Anschauung, die eine endgültige, grundsätzliche Klärung nicht durch eine weitere Mehrung der Kasuistik, nicht durch eine weitere Steigerung der Technik und durch technische Variationen, sondern nur durch eingehende bakteriologische Untersuchung der Einzelfälle erfahren kann. Daneben bringt die extraperitoneale Methode aber auch das Kind infolge der technisch schwierigen Extraktion in Lebensgefahr, gleichviel ob es mit der Zange oder an den Füßen entwickelt wird. Resumierend glaubt Verf. aus der kurzen Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Methode nicht gehalten hat, was sie versprach. Immerhin bedeuten die modernen, für das Privathaus aber nicht geeigneten Verfahren bei weiterem Ausbau der Technik und vor allem bei weiterer bakteriologischer Klärung eine wesentliche, wenn vielleicht auch nur auf beschränktem Indikationsgebiet liegende Bereicherung unserer therapeutischen Maßnahmen. *Weber* (München).

Fruhinsholz, A.: À propos d'une opération de Porro dans un cas de bassin coxalgique à type exceptionnel. (Eine Porro-Operation bei einem Fall von coxalgischem Becken von außergewöhnlicher Bildung.) Rev. prat. d'obstetr. et de paediatr. Jg. **26**, Nr. 289, S. 161—170. 1913.

29jähr. II para. Im Alter von 7—8 Jahren Coxalgie, Extensionsbehandlung, Resektion des Hüftgelenkes. 1. Partus spontan, Kind 2450 g. Bei der Aufnahme, 3 Tage nach dem Blasensprung, Anzeichen drohender Uterusruptur, Temp. 38°, Muttermund 5 Frankstück groß. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Becken: Rechte Hälfte abgeplattet, linke atrophisch, Conj. vera 9,3 cm. Ankylose des linken Hüftgelenkes in Flexionadduktion, Atrophie der gesamten linken Extremität. Wegen der zweifelhaften Asepsis des Geburtskanals bei der Unmöglichkeit eines Spontanverlaufes: Sectio caes. nach Porro. Gute Rekonvaleszenz, Stumpf am 11. Tage abgestoßen. Die später vorgenommene Röntgenographie ergab als Besonderheit des Beckens eine Drehung des linken Os pubis und Os ischii um fast 90° mit Einknickung des Os ischii in die Beckenhöhle und starkem Vorspringen der Spina ischiadica nach innen. Diese Veränderungen sind die Folgen der Erkrankung des Hüftgelenks vor der vollendeten knöchernen Verschmelzung der Beckenknochen. Im allgemeinen ist die Geburtsprognose bei coxalgischem Becken günstig, der spontane Verlauf das Gewöhnliche. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Foetus und Neugeborenes:

Neter, Eugen: Das einzige Kind. Zeitschr. f. Kinderpfl. Jg. 8, (H. 8), S. 201 bis 208. 1913.

Naish, Lucy: Breast-feeding. (Brustnahrung.) Child Bd. 3, Nr. 11, S. 990 bis 997. 1913.

● **Credé-Hörder, C. A.: Die Augeneiterung der Neugeborenen (Ätiologie, Pathologie, Therapie und Prophylaxe.)** Berlin: Karger 1913. 140 S. M. 5.—.

Die Blennorrhöe beim Neugeborenen kann außer durch Gonokokken auch durch zahlreiche andere Mikroorganismen verursacht werden. Neben dem bakteriologischen Befund charakterisiert auch die Verschiedenheit des Verlaufes die gonorrhöischen und nicht gonorrhöischen Erkrankungen. Die letzteren Formen verlaufen durchweg sehr viel leichter und unter allen Umständen ohne Beteiligung der Cornea. Für das Zustandekommen der Infektion ist das Verweilen des kindlichen Kopfes ohne den Schutz der Fruchtblase in der Scheide von großer Bedeutung: verlängerte Austreibungsperiode und vorzeitiger Blasensprung erhöhen die Gefahr bedeutend. (Als vorzeitig bezeichnet Verf. einen Blasensprung, der drei oder mehr Stunden vor der Geburt des Kindes erfolgt ist.) Über ein Viertel aller Fälle von Ophthalmoblennorrhöe sind Spätinfektionen. Auf Grund seiner Versuche lehnt Verf. die Erklärung derselben durch eine abnorm lange Inkubationszeit ab. Neben der Übertragung der Gonokokken erst nach der Geburt auf das kindliche Auge nimmt Verf. noch eine andere Möglichkeit der Infektion an. Es können die Krankheitskeime in die Maibomschen Drüsen hineingelangt sein und von dort aus später das Auge infizieren. Nach einer genauen Beschreibung des klinischen Bildes der Blennorrhöe bespricht Verf. kurz die Behandlung, die er, wenn irgend möglich, dem Augenarzt überlassen möchte. Von großer Bedeutung ist natürlich die Prophylaxe, welche Verf. außerordentlich eingehend bespricht. Die leichten Reizerscheinungen, welche sich zuweilen nach dem Einträufeln von Silberpräparaten am Auge des Neugeborenen zeigen, sind ohne Bedeutung; von einem Ätzmittel kann man solche Wirkungen erwarten. Nach den zahlreichen Versuchen des Verf. beschränken sich diese Veränderungen auf die Bindehaut der Augenlider, sind aber schon nach wenigen Tagen verschwunden. Verf. hat dann eine Reihe von Silberpräparaten geprüft, kann aber eine Überlegenheit anderer der 2proz. Höllensteinlösung gegenüber nicht feststellen. Er empfiehlt, sich nicht mit je einem Tropfen für jedes Auge zu begnügen, sondern 3 Tropfen in jedes Auge, 2 Tropfen auf die Lidränder jedes Auges zu träufeln; auch hält er eine gründliche Reinigung der äußeren Geschlechtsteile kurz vor der Geburt des Kopfes für bedeutungsvoll für die Prophylaxe. Sehr interessant sind auch die Zusammenstellungen der Antworten, welche Verf. auf seine verschiedenen Rundfragen erhalten hat, wie sich die Leiter großer geburtshilflicher Kliniken zur Einführung einer obligatorischen Höllensteineinträufelung bei allen Privatentbindungen stellen. *Voigt* (Göttingen).

Kraus, Alfred: Über Acne neonatorum. (*Kinderklin d. dtsch. Univ. a. d. Landesfindelanst., Prag.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphil. Orig. Bd. **116**, H. 3, S. 704 bis 722. 1913.

Auf Grund eingehender klinischer und anatomischer Untersuchungen über die beim Neugeborenen häufig in Form von kleinen weißlichen und gelblichen Pünktchen und Körnchen im Gesicht und speziell an der Nase und ihrer Umgebung auftretenden mit Unrecht als „Milien" oder „Miliaria sebacea" bezeichneten Efflorescenzen möchte Verf. diese Hautaffektion als Comedones neonatorum bezeichnet wissen. Während die echten Milien, die gerade beim Neugeborenen häufig genug vorkommen, nach neueren Untersuchungen (Unna) im mittleren Teil des Lanugo-Haarbalges entstehen, handelt es sich bei den fraglichen Knötchen offenbar um Sekretionsstörungen an den Talgdrüsen resp. im gemeinsamen Haarbalgfollikel. Der zu den sog. Milien führende Prozeß kann bereits intrauterin in starkem Grade ausgebildet sein. Exakte anatomische Untersuchungen ergaben eine völlige Analogie der fraglichen Gebilde mit den als

Comedonen vom Erwachsenen her bekannten Bildungen. Es gibt beim Neugeborenen einen der Pubertätsacne klinisch und anatomisch vollkommen analogen Prozeß und es steht außer Frage, daß dieser Prozeß auch pathogenetisch ein getreues Spiegelbild der späteren Acne darstellt. Hier wie dort ist es die Seborrhöe, welche als auslösende Ursache zu betrachten ist. Verf. schlägt vor, für den geschilderten und mit den milienartigen Bildungen und der Seborrhöe der Neugeborenen in unbedingtem ursächlichem Zusammenhang befindlichen acneartigen Prozeß die Bezeichnung „Acne neonatorum" zu wählen. *Eisenbach* (Tübingen).

Magnus: Entbindungslähmung des linken Arms (Epiphyseolyse). Ges. f. Natur- u. Heilk., Dresden, Sitz. 26. IV. 1913. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 30, S. 1684. 1913.

7jähriges Mädchen, bei dem wegen Entbindungslähmung des linken Armes (Epiphyseolyse) mit den bekannten Erscheinungen der Innenrotation, Abduktionscontractur im Schultergelenk, Verkürzung der ganzen Extremität und Atrophie der Muskulatur eine Osteotomie im oberen Drittel des Humerus und Außenrotation vorgenommen worden war. Der Arm kann jetzt völlig gehoben werden. *Runge* (Berlin).

Sabrazès, J., et R. Dupérié, Nouvelles contributions à l'étude anatomo - pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis des nourrissons. (Neue Beiträge zum anatomisch-pathologischen und mikro-biologischen Studium der erblichen Syphilis der Säuglinge.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux Jg. **34**, Nr. 20, S. 233—234, Nr. 21, S. 243—248, Nr. 22, S. 255—258, Nr. 23, S. 267—271, Nr. 24, S. 279—285. 1913.

Detaillierte Schilderung der durch die Spirochätenbe wirkten Veränderungen in den Organen eines Kindes von 55 Tagen. *Mohr* (Berlin).

Kalmanowitsch, Frieda: Schwere Veränderungen der Extremitäten eines Neugeborenen als Folge der Geburt bei Uterus bicornis unicollis. (*Hebammenschule, Straßburg.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 14, S. 512—515. 1913.

Die Anomalien bestanden in folgendem. Beide Oberschenkel waren ganz nach oben geschlagen und lagen dem Rumpf fest an. Die Contractur in den Hüftgelenken war so stark, daß die unteren Extremitäten als Ganzes nur wenig vom Rumpf abduziert werden konnten. In den Knien bestand ebenfalls stark spitzwinklige Flexion, doch war hier die Contractur nicht so straff. Beide Füße zeigten starke Equinovarusstellung. Am Malleolus externus beider Füße befanden sich linsengroße Druckmarken. Die oberen Extremitäten waren im ganzen frei beweglich, nur zeigte die rechte Hand eine mäßige Hyperpronationsstellung mit stärkerer Contractur im Handgelenk, links ist die Contractur nur angedeutet. Weiterhin bestand eine Mikrognatie, so daß der Alveolarfortsatz des Unterkiefers hinter dem des Oberkiefers zurückstand. Das Kind wurde in Steißlage geboren. Die Untersuchung der Frau post partum zeigte, daß es sich um einen Uterus bicornis unicollis handelte. Während der Kopf in dem großen gut entwickelten rechten Horn des Uterus sich befand, lag der Steiß in dem kleineren linken.

Aus dieser Tatsache zieht Verf. den Schluß, daß die Anomalität des Uterus die Schuld an den Veränderungen der Extremitäten trage. *Wiemer* (Herne).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Fredet, P., et L. Tixier: Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Gastro-entérostomie à l'âge de treize jours. Guérison. (Hypertrophische Stenose des Pylorus bei einem Säugling, Gastroenterostomie im Alter von 13 Tagen. Heilung.) Pédiatr. prat. Jg. **11**, Nr. 7, S. 119—125. 1913.

Ausgetragenes Kind, geboren 8. IX. 1912. 2 Leistenhernien. Vater Lues? Großvater Luetiker. Onkel im Alter von 1 Monat von schweren Magenstörungen befallen. — Gewicht bei Geburt 4100 g. Nahrung: zunächst Muttermilch, dann noch Linasmilch, mit der $^1/_2$ Menge Wasser. 15. IX.: Gewicht 3860. 17. IX. Erbrechen. Gewicht 3400 g. 18. IX. Magenerweiterung. Wasserdiät. Erbrechen. 19. IX. Sodacitrat. Erbrechen. Gewicht 3630. 20. IX. 15 g Kochsalzlösung 2 mal täglich injiziert. 4 Milcheinläufe; 21. IX. Gewicht: 3390 g. Erbrechen stets ohne Galle. Stühle normal! 21. IX. Laparotomie; olivengroße hypertrophische Pylorusstenose. Transmesokolische, hintere Gastroenterostomie nach v. Hacker. Erbrechen, mit Galle gemischt. 25. IX. Relaparotomie: Magen ausgedehnt. Der zuführende Teil des Jejunum komprimiert den abführenden. Anastomose zwischen beiden hergestellt. Heilung. Am Tage vor der

Operation Anzeichen von Tetanie, die sich bei jedesmaligem Erbrechen wiederholen und erst nach der 2. Operation aufhören. Am 1. XI. leichte Erscheinungen von Torticollis. Der Tumor am Pylorus ging von der Muskularis aus, war anscheinend syphilitischen Ursprunges, kongenital mit einem Intervall der Erscheinungen von 9 Tagen. Abhandlung über die Vorzüge der Gastroenterostomie und der extramukösen Pyloroplastik. *Mohr* (Berlin).

Sieveking, G. Hermann: Einige Bemerkungen über die Säuglingssterblichkeit Hamburgs. Zeitschr.[1] f. Säuglingsfürs. Bd. 7, H. 3, S. 99—102. 1913.

An der Hand der Statistik läßt sich feststellen, daß für die gesteigerte Säuglingssterblichkeit in Hamburg während der Sommermonate die erhöhte Temperatur dieser Jahreszeit von größter Bedeutung ist. Das Verderben der Nahrungsmittel in den heißen Wohnungen spielt dabei eine wichtige Rolle, und die Annahme von Hansen, daß eine „neue Krankheit" für die Sommersäuglingssterblichkeit verantwortlich zu machen sei, ist ungerechtfertigt. *Jaeger* (Leipzig).

Kerley, Charles Gilmore: Prophylaxis of summer diarrhea. (Prophylaxe der Sommerdiarrhöe.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 149—152. 1913.

Verf. verspricht sich eine wirkliche allgemeine Herabsetzung der großen kindlichen Sterblichkeitsziffer bei Sommerdiarrhöen nur durch allgemein und streng durchgeführte staatliche oder kommunale Maßnahmen. Die Hauptgesichtspunkte sind: Distriktsweise durchgeführte Überwachung der besonders in Frage kommenden ärmeren Stadt- und Landesteile durch besonders vorgebildete und angestellte weibliche Beamte und Ärzte; allgemeine Aufklärung und Belehrung über Kinderpflege und Ernährung; Beschaffung ausreichender ärztlicher Hilfe besonders für die Anfangsstadien, allen Bevölkerungskreisen leicht zugängliche Depots billiger, pasteurisierter Milch. Im speziellen verwirft Verf. die systematischen Wägungen der Kinder als direkt schädlich, da sie die Überernährung fördern und damit die Verdauungskraft schwächen. *Laubenburg* (Remscheid).

Carr, Walter Lester: Medicinal treatment of summer diarrhea. (Die arzneiliche Behandlung der Sommerdiarrhöe.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 152—157. 1913.

Kurze übersichtliche Darstellung der heutigen Arzneibehandlung der Sommerdiarrhöen. Der bleibende Wert der altbewährten Anfangsmittel Ol. ric. und Kalomel wird besonders betont. *Laubenburg* (Remscheid).

Koplik, Henry: A classification of the summer diarrheas in infancy. (Einteilung der Sommerdiarrhöen im Kindesalter.) (Med. soc. of the county of New York, meet. 26. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 159 bis 161. 1913.

Übersicht über die bisherigen Versuche, die Sommerdurchfälle des frühen Kindesalters nach Ätiologie, klinischen Symptomen usw. einzuteilen mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Angaben von Vaughan, Heubner und Finkelstein. *Laubenburg*.

Koplik, Henry: A classificaton of the summer diarrheas in infancy. (Sommerdiarrhöe des Kindes.) Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 7, S. 484 bis 491. 1913.

Vgl. voriges Referat.

Brumund, Die Ursachen der hohen Sommersterblichkeit im Jahre 1911 im Regierungsbezirk Magdeburg. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 6, S. 201 bis 221. 1913.

Der abnorm trockene Sommer 1911 hat neben erhöhter Gesamtsterblichkeit auch stark erhöhte Säuglingssterblichkeit mit sich gebracht. Morgenroth hat darauf hingewiesen, daß in Städten, die am Meer oder Gebirge liegen, infolge abendlicher und allgemeiner Abkühlung die Säuglingssterblichkeit geringer war als im flachen Binnenland. Rietschel und Kathe halten die hohe Temperatur an sich für das schädigende Moment. Kleinschmidt, Liefmann und Lindemann sehen die Hitze nur als Schädigung bei vorhandenen Ernährungsstörungen an.

Im Regierungsbezirk Magdeburg sind 4756 Sterbefälle überhaupt gemeldet, 435 mehr als 1910. Das Mehr betrifft ausschließlich die 3 Sommermonate. Die Sterblichkeit des 1. Lebensjahres zeigt eine Erhöhung von 18,9 auf 23,2%. Die hauptsächlichste Todesursache waren

Magen-Darmkatarrh und Brechdurchfall. Die Säuglingssterblichkeit ehelicher Kinder unter 1 Jahr der minderbemittelten Bevölkerung macht 79,21% der Sterbefälle dieser Kategorie aus.

Als Ursache kommt in Betracht: Der hohe Anstieg der Keime des aus der Elbe gewonnenen Leitungswassers. Auch andere Städte mit Flußwasser- oder Fluß-Grundwasserversorgung haben höchste Sterblichkeit gehabt. Verf. meint, daß die direkte Hitzewirkung nur eine untergeordnete Rolle gespielt habe. Die Hauptursache sei die unhygienische Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsschichten. Vor allem sei darauf hinzuwirken, daß das Grundwasser ausschließlich für den Haushalt, Flußwasser nur für Fabrikbetrieb usw. Verwendung finde. *L. Hirsch* (Berlin).

Neurologie und Psychiatrie:

Bleuler, E.: Der Sexualwiderstand. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. Bd. 5, Hälfte 1, S. 442—452. 1913.

Bleuler versteht darunter die psychischen Hemmungen, welche sich dem Menschen mit seiner fast unbeschränkten Kopulationsfähigkeit entgegenstellen; dazu rechnet er die Ausbildung des Keuschheitsbegriffs, Beschränkung der Kinderzahl, die Inzestidee, den primären Widerstand des Weibchens, assoziative Verbindungen zwischen den Ideen des Todes und der Fortpflanzung, die Auffassung der Sexualität, insbesondere der Onanie als Sünde und die Übertragung des mit dieser verbundenen negativen Affektes auf die Sexualbetätigung überhaupt. *Schneider* (Freiburg).

Tannenbaum, Samuel A.: Sexual abstinence and nervousness. (Sexuelle Abstinenz und Nervenleiden.) Americ. journal of urol. Bd. 9, Nr. 6, S. 290 bis 322. 1913.

Verf. versucht den schädlichen Einfluß der sexuellen Abstinenz (im absoluten Sinne) auf das Nervensystem zu begründen. Er zählt die (16) Gründe auf, die zu solcher Enthaltsamkeit führen, bespricht ihre Erscheinungen und beschäftigt sich sodann mit den organischen Störungen und sonstigen Folgeerscheinungen, die seiner Ansicht nach aus der Abstinenz entstehen sollen (Onanie, Pollutionen, Enuresis nocturna und diurna, Spermatorrhoe, Satyriasis und Nymphomanie, Tagträumen, Homosexualität und andere Perversitäten, Kriminalität, Alkoholismus, Impotenz, Frigidität, Neurasthenie, Psychoneurosen, Psychosen). Zum Schluß berührt er noch die Vorbeugungsmaßregeln, u. a. empfiehlt er unter Umständen mäßige Masturbation. *Buschan* (Stettin).

Ellis, Havelock: Sexo-ästhetische Inversion. Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. Bd. 5, H. 3/4, S. 134—162. 1913.

Eine Übersetzung der bereits in dieser Zeitschrift Bd. 2, S. 272 besprochenen englischen Arbeit des gleichen Themas von demselben Verf. Nur erweitert er hier seine Kasuistik um 2 weitere typische Fälle und knüpft hieran Betrachtungen über die Berechtigung der von ihm sogenannten Krankheitsform.

In dem ersten der neuen Fälle handelt es sich um eine männliche Person, die sich ebenfalls für weibliche Kleider sehr interessierte und bei Anlegen derselben sexuelle Gefühle verspürte. Während aber in dem vom Verf. früher berichteten zweiten Falle der betreffende Fetischist keine weitere Kleidung als ein Korsett dazu benötigte, ist dieser Kranke durch weibliche Kleider überhaupt fasziniert und besonders, wenn er sie selbst trägt. Wesentlich ist dabei, daß er selbst den weiblichen Zustand erlebt, daß seine Neigungen eine feminine Inversion erfahren haben und daß er wie eine Frau fühlt. Seine Stellung zur sexuellen Inversion ist instinktartig. Je mehr im Laufe der Zeit die Identifizierung seiner Gefühle mit den Neigungen der Frauen hervortrat, um so mehr fühlte er auch, daß die Beachtung durch einen Mann notwendig ist, um seine feminine Haltung ganz zu verwirklichen. Aber wohlgemerkt ist dies nur ein Gefühl der Phantasie und erst später und sekundär entwickelt. In Wirklichkeit besitzt er nicht die geringste sexuelle Neigung zu einem Manne. — In dem zweiten Falle handelte es sich um einen sehr intelligenten Mann von ausnahmsweise starkem Gefühlsleben mit ausgesprochen weiblicher Affektabilität; er bekam das leidenschaftliche Sehnen, ein Weib zu sein. Der Wunsch weibliche Kleider anzulegen war weniger entwickelt, die Inversion betraf mehr die affektive und emotionelle Sphäre. Er konnte kein hübsches Mädchen sehen, ohne es um seine Schönheit und sein Weibtum zu beneiden. Mit Wohlgefallen betrachtete er das angebliche (gegen Ausgang der 50er Jahre sich einstellende) Wachstum seiner Brüste.

Der Gipfelpunkt eines physischen menschlichen Glückes erblickte er in dem Säugen eines gesunden Kindes durch eine Frau. Der Frauenkörper erschien ihm weit schöner und interessanter und sogar viel natürlicher als der des Mannes, und daher würde er gern die physischen Nachteile in Kauf nehmen, wenn er die Freude hätte in einem weiblichen Körper zu leben.

Havelock Ellis erblickt in diesem Falle einen solchen von sexo-ästhetischer Inversion in ihrer vollendetsten und typischsten Form. In der Analyse versucht Verf. seine Ansicht, daß es sich um eine besondere Krankheitsform handelt, zu beweisen. Er nimmt zunächst Stellung gegen die Behauptung, daß man diese Fälle durch die organische Bisexualität erklären könne. Er hält vielmehr dieselben, psychologisch gesprochen, in Wirklichkeit für eine Modifikation der normalen Heterosexualität; und zwar eine Modifikation, in der einige normale Konstituëntien des Geschlechtstriebes in den Hintergrund getreten sind, während andere ebenso normale Konstituëntien übertrieben werden. *Buschan* (Stettin).

Soziales. Statistik:

Guillaumet: Une école de puériculture avec consultation de nourrissons dans une école normale de jeunes filles. (Eine Schule für Kinderpflege mit Beratungen über Säuglingspflege in einer Normalschule für Mädchen.) Bull. mens. de la soc. d'hyg. de l'enf. Bd. **27,** Nr. 219, S. 51—58. 1913.

Guillaumet schlägt vor, in jeder Normalschule für junge Mädchen einen Kursus einzurichten, in dem die älteren Kinder soweit als möglich über Säuglingspflege unterrichtet werden sollen, vor allem die richtige Behandlung der Säuglingsmilch, Festsetzung der Einzel- und Tagesmenge, Messung von Größe und Gewicht des Kindes usw. Verf. hofft auf diese Weise den späteren Müttern eine gute Grundlage für die Säuglingspflege mit ins Leben zu geben und so der immer mehr zunehmenden „dépopulation" in Frankreich zu steuern. *Wiemer* (Herne).

Marfan, A.-B.: L'assistance aux nourrissons dans les grandes villes. (Die Säuglingsfürsorge in den Großstädten.) Nourrisson Jg. **1,** Nr. 4, S. 197—205. 1913.

Marfan fordert eine Zentralisation des Säuglingsfürsorgewesens im großen Stil. Die einzelnen Zentralstellen sollen bestehen aus 4 Abteilungen. Die erste wäre eine Beratungsstelle mit Sprechstunden, eine Art Ambulanz, wo gesunde Säuglinge überwacht und nach Bedarf ev. unentgeltlich Milch verteilt würde, und wo zweitens den Müttern leichtkranker Kinder ärztlicher Rat erteilt würde. Die zweite Abteilung wären Tageskrippen, die dritten klinische Säuglingsstationen, wo die kranken Kinder mit oder ohne Mutter Aufnahme fänden. Diese drei Abteilungen sollen miteinander unter gemeinsamer Oberleitung vereinigt sein und ev. einem Kinderkrankenhaus oder einer Entbindungsanstalt angegliedert werden. Als vierte Station wünscht er Landkrippen in nächster Nähe der großen Städte für verlassene Säuglinge und für kränkliche Kinder über 1 Jahr. *Schneider* (Freiburg).

Laurent, Fernand: La dépopulation en France et en Allemagne. (Die Bevölkerungsabnahme in Frankreich und Deutschland.) Enfance Jg. **1,** Nr. 6, S. 425—430. 1913.

1910 lieferte Berlin 27% tauglicher Rekruten gegenüber bis 60% der Provinz. 1875 wurden auf 1000 Einwohner 42 Kinder, jetzt nur 20 geboren, ein Ergebnis gleich dem von Paris. Das ländliche Reservematerial soll sich in Deutschland schneller erschöpfen als in Frankreich. Die reichen Städte zeigen die stärkste Abnahme (Wilmersdorf 13,7‰ Geburten!). 1910 hatte Frankreich eine Geburtsziffer von 19‰. Es ist anzunehmen, daß die deutsche Bevölkerung 70 Millionen noch erreichen wird (1911 65 Millionen). Nur 28% der Deutschen sind auf dem Lande tätig. Offenbach mußte seine Schulen wegen zu geringer Bevölkerungszahl verkleinern! Nach F. Laurent sinkt die Geburtenzahl mindestens so rasch wie in Frankreich. Die jährliche Zunahme von $^1/_2$ Million zurzeit ist großenteils dem slawischen Element zuzuschreiben. *Mohr.*

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 13 S. 609—656

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Rinehart, J. S.: Menstruation and its disorders. (Menstruation und ihre Störungen.) Nation. elect. med. assoc. quart. Bd. 4, Nr. 4, 325—328. 1913.

Normale Menstruation verläuft schmerzlos, ist höchstens mit einem Gefühl des Unbehagens, der Schwere, der Vollheit im Becken verbunden. Alle Abweichungen hiervon sind als pathologisch anzusehen. Die mit Schmerzen verbundene Periode bezeichnet man als Dysmennorrhöe. Drei Arten von Dysmennorrhöe unterscheidet man: neuralgische, entzündliche und mechanische. Bei letzterer handelt es sich meistens um sehr heftige mit dem Beginn der Blutung einsetzende Schmerzen. Der Blutverlust ist meistens nicht sehr groß, aber in die Länge gezogen. Die Schmerzen haben oft krampfähnlichen Charakter und finden ihr Ende erst dann, wenn das Menstrualblut durch die Stenose den Weg nach außen gefunden hat. Man findet diese Form der Dysmennorrhöe oft bei unterentwickelten Frauen mit angeborener Hemmungsbildung des Uterus. Oft kann man die Stenose erst durch Versuche mit der Sonde nachweisen und findet dann einen vollständig verschlossenen inneren Muttermund. Auch handelt es sich manchmal um eine Verlängerung des Halskanales, oder um Knickungen der Gebärmutter. In anderen Fällen, in denen nicht angeborene Entwicklungsstörungen vorliegen, beruht die Stenosenbildung auf Verdickungen der Cervixschleimhaut oder kleinen Polypen, welche das Lumen des Cervikalkanales verlegen. Therapeutisch sind alle anderen Hilfsmittel außer der Dilatation (eventuell im Verein mit Abrasio) und der Discission ohne Erfolg. *Klotz* (Tübingen).

Brettauer, Joseph: Further report of cases of dysmenorrhea relieved by nasal treatment. (Weitere Mitteilung von Fällen von Dysmenorrhöe, die durch nasale Behandlung geheilt wurden.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913. Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 95—96. 1913.

Von 66 Fällen von Dysmenorrhöe, die nasal behandelt wurden, wurden 33 sofort geheilt, d. h. die nächsten Menses waren schmerzlos, 17 gebessert, 15 nicht beeinflußt. Auch die Dauerresultate waren gut (3jährige Beobachtung). Besonders wirksam ist die nasale Behandlung bei prämenstruellem Kopfschmerz und Erbrechen und menstrueller Kolik nach Beginn der Blutung. In der folgenden Diskussion nichts Neues. *Schäfer* (Berlin).

Rawls, Reginald M.: The treatment of sterility by intrauterine stems. (Die Behandlung der Sterilität durch intrauterine Pessare.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1. S. 35—42. 1913.

Lageanomalien des Uterus wurden schon lange mit Sterilität und Dysmennorrhöe in ursächliche Beziehung gebracht, die Behandlung unter anderen auch durch intrauterine, biegsame oder starre Pessare versucht, in der vorantiseptischen Zeit allerdings mit wenig Erfolg. Nach der heutigen Auffassung wird durch die Knickung des Uterus und durch die Striktur des Cervikalkanals an sich keine Sterilität hervorgerufen, sondern durch die begleitende Schleimhautveränderung. Man führte die intrauterinen Pessare bis zum Fundus ein und wollte einen Reiz auf das Uterusgewebe ausüben, um es straffer zu machen. Aus einer größeren Statistik geht hervor, daß bei operativem Verfahren die Sterilität in 15—33,3%, die Dysmenorrhöe in 75% gehoben wurde, beim Intrauterinpessar stellen sich die Erfolge auf 25—33,3% resp. 80%. Gefahr einer aufsteigenden Infektion soll nicht bestehen, ebenso soll das Instrument keine Beschwerden und keine Verstopfung des Cervikals verursachen. Verf. bildet verschiedene Modelle aus Hartgummi oder Glas ab; der Pessar besteht aus einem intrauterin gelegenen, leicht

gebogenen, soliden oder hohlen Stab, der am äußeren Muttermunde in einer Platte endet. die durch eine Sutur dort befestigt wird. Das Pessar soll 1/4 Zoll kürzer als der Uterus sein, nicht länger als 4—6 Wochen liegen. Scheidenspülungen sind notwendig.

Rittershaus (Coburg).

Loofs, Friedrich A.: Paraffineinbettungsverfahren für Uterus und Ovarien. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 2, S. 177—185. 1913.

Der Verf. bringt ein verbessertes Verfahren, durch welches er nicht nur die Schwierigkeiten, welche sich aus dem festen, derben Gefüge des Uterus- und Ovariengewebes ergeben, zu umgehen trachtet, sondern auch die bei den bisherigen Methoden absolut notwendige, den Kliniker aber behindernde, strengste Aufmerksamkeit und Gedankenpräsenz zu erleichtern sucht. Er glaubt dies dadurch zu erreichen, daß er die Gewebsstückchen nicht zu lange in 4% Formalinlösung fixiert, und sie darauf in Zedernölaceton 1 : 1 je nach der Größe des Stückchens 2—24 Stunden lang unter 4—8 maligem Wechsel der Flüssigkeit entwässert. Im letzten Drittel der mutmaßlich richtigen Entwässerungszeit bringt er die Stücke in eine Mischung von 1 Teil Aceton und 4 Teilen Zedernöl, in der sie so lange bleiben, bis sie durchsichtig geworden sind; dann wird die Flüssigkeit nochmals gewechselt und zur Verdunstung des Acetons offen stehen gelassen. Die Stückchen kommen hierauf in Paraffin von 45° Schmelzpunkt im 48° Thermostaten (3/4—12 Stunden), und aus diesem im 60° Thermostaten in ein Gemisch von Paraffin von 45° und 60° Schmelzpunkt sowie von Stearin und Wachs und zwar im Verhältnis von 30 : 55 : 10 : 5 (1/2—3 Stunden). Mit dieser Methode konnte er lückenlose 5 μ Serien von großen Ovarien herstellen. *Schauenstein* (Graz).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Sabouraud, R., et H. Noiré: Milieu rendant facile la culture du gonocoque. (Guter Nährboden für Gonokokken.) Ann. de dermatol. et de syphiligr. Bd. **4**, Nr. 7, S. 438—439. 1913.

1. Frische Milch, 1 l, 5 Minuten kochen lassen. 2. Ausfällung des Caseins durch 2 ccm Acid. hydrochloric., das Serum durch Filtrieren durch einfache Leinwand sammeln. 3. Zum Serum die Hälfte seines Volumens Wasser hinzufügen, das Ganze mit einer Natronlösung (10 : 100) neutralisieren. 4. 10 Minuten im Antoklaven (120°), filtrieren und im Antoklaven folgende Mischung auflösen: Pepton 1 : 100, Glucose oder Saccharose 1, Harnstoff 0,30, Agar 1,60. 5. Durch Chardinpapier fitlrieren, in Gläsern verteilen, 10 Minuten bei 110° sterilisieren.

Blanck (Potsdam).

Colgin, I. E.: Vaccine therapy. (Vaccinetherapie.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 6 S. 367—370. 1913.

Vaccinetherapie (Wright und Douglas 1903) heißt aktive Immunisierung, d. i. Stimulierung des Organismus zur Schaffung von Abwehrprodukten gegen Infektionserreger durch Injektion abgetöteter Bakterien der vorliegenden Erkrankung, die in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt worden. Die Feststellung des opsonischen Index nach Wright ist für den Praktiker nicht absolut nötig. Hauptsache ist Feststellung des ursächlichen Krankheitserregers und Ausschaltung von Mischinfektionen. Chronische, subakute oder lokalisierte akute Prozesse (Cystitis) reagieren am besten, bei allgemein akuten wird die Natur, die in wenig Zeit durch Schaffung von Antikörpern wirken soll, durch die neue Aufgabe aufgehalten. Hierfür eignet sich die passive Immunisierung durch Sera. Vaccination muß längere Zeit erfolgen! Wichtig ist, daß der Ort der Infektion mit dem allgemeinen Kreislauf in Verbindung ist. Autogene Vaccine ist wirksamer als die aus allgemeinem Vorrat. Mischvaccinen sind wertlos, da der Organismus sich nicht gleichzeitig gegen mehrere Krankheitserreger wehren kann. Anaphylaxie ist zu vermeiden. Wiederholung der Vaccination soll erst nach Eintritt der Reaktion erfolgen. Zu beginnen ist mit kleinen Dosen. — Vaccine bei Tuberkulose, Acne, Lungen-, Nasen- und Ohreninfektionen, chronischen Katarrhen, Mittelohrentzündung, Typhus. Bei Gonorrhöe der Frau ist der Abstrich von Urethra oder Cervix zu nehmen, durch Ausschaltung der Mischinfektion ist der ursächliche Faktor festzustellen. Besonders gut sind die Erfolge der Vaccine bei pyogenen Infektionen infolge des chronischen Charakters derselben, besonders den durch Staphylokokken erzeugten. Hier gibt die allgemeine Vorratsvaccine gute Resultate.

Mohr (Berlin).

Allgemeine Diagnostik:

Carrion, Ch. Ovide Guillemin et F. Cathelin: Sur la valeur de la constante uréosecrétoire. (Über den Wert der Uratausscheidungskonstante.) Médecin pratic. Jg. **9**, Nr. 7, S. 101—103. 1913.

Gegenüber der Ambardschen Konstante wurde von Cathelin der Einwand

erhoben, daß es doch auffallend sei, daß ein so komplizierter Vorgang, wie die Nierensekretion, sich in einer einfachen mathematischen Formel ausdrücken lasse. Im ferneren machte er darauf aufmerksam, daß die Ambardsche Konstante eine Formel darstelle, deren Richtigkeit wesentlich beeinträchtigt werden könne durch einen an sich geringen Fehler in der Untersuchungstechnik oder einen Defekt an einem Apparate. Und weiter betonte Cathelin, daß nach seiner Auffassung bei der Methode von Ambard die Uratausscheidung, selbst an der in 24 Stunden ausgeschiedenen Urinmenge bestimmt, nicht scharf charakterisiert sei, indem normalerweise in der Uratausscheidung durch den Urin stündliche und tägliche Schwankungen bestünden. Gegen die Einwände C.s führen Carrion und Guillemin an, daß auch andere sehr komplizierte Prozesse genau mathematischen Gesetzen gehorchen. Sie bemerken, daß zwar zur Bestimmung der Ambardschen Konstante genaue Untersuchungen notwendig seien, daß aber für dieselben eine gut ausgebildete Technik bestehe. Der dritte Einwand C.s wird damit zu entkräftigen gesucht, daß unter dem Begriff der 24stündigen Uratausscheidung nicht die in 24 Stunden ausgeschiedene Uratmenge zu verstehen sei, sondern die Geschwindigkeit der Ausscheidung, die in 24 Stunden zu einer bestimmten Uratmenge führen würde. Trotz der Ausführungen Carrions und Guillemins faßt C. in einer Erwiderung darauf seine Ansicht im wesentlichen dahin zusammen, daß die Ambardsche Konstante vielleicht einen Fortschritt auf dem Gebiete der internen Nierenkrankheiten bilde, daß sie aber keine Bedeutung in der Nierenchirurgie habe in bezug auf das Studium der Nierenfunktion. *Leuenberger.*CH

Cathelin, F.: Valeur chirurgicale de la constante uréo-sécrétoire. (Über den Wert der Uratausscheidungskonstante [von Ambard].) Médecin pratic. Jg. **9**, Nr. 4, S. 53—54. 1913. CH

Terhola, Lauri: Die Genauigkeit der Methode zur Bestimmung der Kernlappenzahl und die Regelmäßigkeit in dem Arnethschen Blutbild. (*Geburtshilfl. Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. **55**, H. 8, S. 269—279. 1913. (Schwedisch.)

Der Verf. berrichtet über 13 Serienuntersuchungen aus der Zeit von der Geburt bis zur ersten Menstruation und über einige Einzeluntersuchungen an gesunden Frauen zwischen den Menses. Auf Grund seiner aus 320 Arnethschen Blutbildern bestehenden Materials stellt Verf. folgende, mit denen von A. v. Bonsdorff übereinstimmende Schlußsätze auf:

Die Bestimmungen der Kernlappenzahl können wenigstens mit gleich großer Genauigkeit ausgeführt werden wie sorgfältig gemachte Zählungen der weißen Blutkörperchen pro Kubikeinheit Blut. Die Zahlen der neutrophilen Leukocyten lassen sich mit großer Genauigkeit in jeder der 5 Arnethschen Klassen bestimmen. In allen untersuchten Fällen hat es sich gezeigt, daß, wenn mehrere Personen, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand dieselbe Kernlappenzahl haben, auch die prozentische Verteilung der Leukocyten in jeder Klasse des neutrophilen Blutbildes annähernd dieselbe ist. Die Verschiebungen des neutrophilen Blutbildes verlaufen anscheinend bei verschiedenen Personen nach demselben bestimmten Schema. *Björkenheim* (Helsingfors).

Allgemeine Therapie:

Langes: Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung bei Myomen und Methropatien. (*Univ.-Frauenklin. Kiel.*) (Med. Ges., Kiel, Sitz. vom 5. VI. 1913.) Münch. med Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1740. 1913.

Es wurden 24 Myome und 50 Metropathien bestrahlt. Die Technik war anfangs die Albers-Schönbergs. Später 3—4 mm Aluminiumfilter, 3 Felder je auf der Unterbauchgegend und Kreuzbein, und seitlich davon, und in schweren Fällen auch noch vaginale Bestrahlung mit Bleiglastubus und Tubusbestrahlung gegen den Damm. Instrumentarium: Rotaxunterbrecher, Burger-Therapieröhre, 2. M. A., 5. B. W. Härte. Dosierung mit Saboureaudtabletten am verstellbaren Dosimeterhalter, wodurch die Dosis, die meist in 20 x pro Feld bestand, beliebig variiert werden konnte. Schwerere Schädigungen wurden nicht beobachtet, nur Hautpigmentierungen. „Röntgenkater" äußerst milde. Keine Durchfälle, fast stets Ausfallserscheinungen nicht erheblicher Art. Von den 15 genau beobachteten Myomfällen wurden 8 amenorrhoisch, 6 oligomenorrhoisch; alle 14 wiesen eine deutliche Schrumpfung auf. Der 15. Fall war ein Versager infolge ungenügender Technik. Von den 39 Metropathien wurden 24 amenorrhoisch,

9 oligomenorrhoisch, 6 blieben unverändert und bei 1 wurde die Blutung sogar stärker, so daß die vaginale Totalexstirpation vorgenommen wurde. Alle diese 7 Versager wurden nach der anfänglichen, ungenügenden Technik bestrahlt. Bei der jetzigen Technik bisher keine Mißerfolge. Der Erfolg trat meist nach 2—3 Bestrahlungsserien ein. *Runge* (Berlin).

Patek, Rudolf: Erfahrungen mit Noviform. (*K. k. Krankenh., Wieden, Wien.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. **25**, S. 1204. 1913.

Empfiehlt das völlig geruchlose Noviform als Jodoformersatz wegen seiner nicht reizenden, desodorisierenden und stark sekretionshemmenden Eigenschaften. Erfolg sah Verf. bei Fluor albus mit oder ohne Bolus oder Talk, besonders aber bei Erosionen der Portio. *Schlender.*CH

Allgemeine Chirurgie:

Orr, T. G.: Tincture of iodin in the treatment of fresh wounds. (Jodtinktur bei der Behandlung frischer Wunden.) Journal of the Missouri State med. Assoc. Bd. **9**, Nr. 11, S. 371—372. 1913.

Übersicht über die Geschichte der Jodtinkturbehandlung, wobei besonders die amerikanische Literatur berücksichtigt wird. Verf. hat eigene Erfahrung über 1000 klinisch und poliklinisch behandelte Fälle und empfiehlt die Jodtinktur zur Desinfektion aller Art frischer Wunden, besonders für den Landarzt und für diejenigen, die in kurzer Zeit viele Fälle zu behandeln haben. Der Wert der Jodtinktur liegt in ihrem Durchdringungsvermögen, ihrer austrocknenden Eigenschaft und in ihrer Hyperämie erzeugenden Wirkung, durch welche die Widerstandskraft des Gewebes gegen die Infektion gesteigert wird. Je einfacher die Technik um so besser. Wenn Rasieren der Umgebung der Wunde nötig ist, soll dies trocken geschehen; die Wunde selbst soll weiter nicht gereinigt, gar nicht berührt werden. Nur nekrotische, in der Ernährung gestörte Gewebsfetzen kann man mit sterilen Instrumenten entfernen. Stark gequetschte Wunden müssen eventuell drainiert werden. Falls die Wahrscheinlichkeit der Tetanusinfektion vorliegt, darf man sich auf die desinfizierende Wirkung der Jodtinktur nicht verlassen. *Lamers* (Amsterdam).

Gayet et Honot: Stérilisation des sondes en gomme. (Zur Sterilisation der Gummisonden.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 78, S. 1273. 1913.

Die Verff. haben Versuche darüber angestellt, ob die Sterilisation von Gummisonden mittels Formalindämpfen genügend ist. Sie fanden dabei, daß mit den verschiedensten Bakterien infizierte Sonden damit nicht absolut sicher zu desinfizieren sind; auch spielt es keine Rolle, ob die Dämpfe kalt oder heiß zur Anwendung kamen. Auf jeden Fall ist der Sterilisation eine sorgfältige mechanische Reinigung voranzuschicken. Waren die Sonden bei sehr infizierten Fällen benutzt, so empfiehlt es sich mehr, dieselben wegzuwerfen, als sich den Gefahren einer nicht ganz sicheren Sterilisation auszusetzen. *Neumann* (Heidelberg).CH

Roosen, Rud.: Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. (*Frauenklin., Univ. Heidelberg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 31, S. 1146—1147. 1913.

Die von Roosen empfohlene einfache Vorrichtung besteht aus einem dünnen Metallring, an welchem eine zylinderförmige Gummihülle und darüber eine Leinenhülle befestigt sind. Umgreift die einzuführende Hand die Gummimanschette innerhalb der Leinenhülle, so ist sie, während der Ring sich an der Vulva anstemmt, durch die Leinenhülle vor jeder Berührung der äußeren Genitalien und bei weiterem Vordringen durch die sich einstülpende Gummihülle auch vor der Berührung der Scheidenwand gesichert, so daß die Hand völlig aseptisch direkt in die Uterushöhle gelangt. Die vor allem für die manuelle Placentalösung in Betracht kommende Vorrichtung kann durch Auskochen leicht sterilisiert werden. *Nebesky* (Innsbruck).

Alexander, Franz G., und Stephan Cserna: Einfluß der Narkose auf den Gaswechsel des Gehirns. (*Physiol.-chem. Inst., Univ. Budapest.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **53**, H. 1/2, S. 100—115. 1913.

Durch Untersuchung von Blutproben, welche einem Hirnsinus der Versuchstiere (Hunde) zunächst in Narkose und darauf in wachem Zustande entnommen wurden, stellten Verff. fest, daß der Gaswechsel des Gehirns in der Narkose sinkt, und zwar parallel der Tiefe derselben.

In der Äthernarkose betrug die Verminderung der O_2-Aufnahme im Mittel 77,2%, die CO_2-Ausgabe 59%. Bei der Morphiumnarkose wurde die Abnahme auf 57,2% bzw. 60,9%, bei der intravenösen $MgSO_4$-Narkose auf 76,2% bzw. 74,7% berechnet. *Tiegel* (Dortmund).CH

Fairlie, H. P.: Nitrous oxide-oxygen anaesthesia in major surgery. (Stickstoffoxydul(Lachgas)-Sauerstoff-Anästhesie in der großen Chirurgie.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 2, S. 267—288. 1913.

Unter tabellarischer Wiedergabe der Operationsgeschichte von 50 Fällen, in denen, mit im Durchschnitt 25 Minuten Dauer eine Allgemeinnarkose mittels eines Gemisches von N_2O und O ausgeführt wurde, empfiehlt Verf. warm diese in Amerika viel angewandte Anästhesierungsmethode, deren Technik eingehend geschildert wird. Als Vorteile dieser Methode rühmt Verf. den raschen Eintritt der Narkose ohne nennenswerte Übelkeit oder Erbrechen. Ferner als direkte Folge der N_2O-Wirkung auf das Gehirn, welche in einer Beschränkung der Oxydationsvorgänge im Gehirn beruhren soll, Fehlen des Narkosenshock und schließlich Verminderung der postoperativen Komplikationen wie Lungenerkrankungen, Übelkeit und Erbrechen; auch sah Verf. nie Acidose auftreten. Nachteile der Methode: Der kompendiöse Apparat, die Kosten: 5 Mark die Stunde und die ungenügende Muskelerschlaffung, obgleich Verf. die letztere Schwierigkeit, besonders bei der Bauchhöhlenchirurgie durch vorherige Injektion von Morphium-Scopolamin oder durch gleichzeitige Darreichung von Chloroform oder Äther im Beginn der Narkose oder in Augenblicken, wenn eine vollständige Muskelerschlaffung erwünscht ist, hat beseitigen können. So handelte es sich unter den 50 Fällen um 8 Gastroenterostomien — verschiedene Appendix - Gallenblasen — und mehrere abdominale gynaekologische Bauchhöhlenoperationen. *Vaßmer* (Hannover).

Smith, R. B.: Über den Zusammenhang zwischen Bronchitis nach Äthernarkose und den Oxydationsprodukten des Äthers. Therapeut. Monatsh. Jg. **27**, H. 6, S. 426—430. 1913.

Verf. weist in vorliegender Arbeit darauf hin, daß der Narkosenäther, auch wenn er ganz rein von der Fabrik kommt, durch unzweckmäßige Aufbewahrung durch Licht oder Luft oder durch deren gleichzeitige Einwirkung sich sehr leicht zersetzt. Dabei bilden sich unter anderem stark oxydierende Verbindungen, die zu den Peroxyden zu rechnen sind. Diese Zersetzungsprodukte sind mit aller Wahrscheinlichkeit eine der Hauptursachen der Bronchitiden und Bronchpneumonien bei der Äthernarkose, und ihre Bildung muß daher verhütet werden. Das wird in erster Linie durch eine zweckmäßige Aufbewahrung des Äthers in kleinen, ganz gefüllten, luftdicht geschlossenen Metall- oder Glasflaschen bei Lichtabschluß erreicht. Auch bei Aufbewahrung über metallischem Natrium bleibt der Äther rein. Beim Gebrauch ist auch die von Bruns gegebene Vorschrift strenge innezuhalten, daß der etwa in einer Flasche zurückgebliebene Rest am anderen Tage nicht wieder zur Narkose, sondern nur noch zum äußerlichen Gebrauch verwendet wird. *Tiegel* (Dortmund).CH

Wrede, L.: Über direkte Herzmassage. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 3, S. 833—842. 1913.

Die Frage, ob es möglich ist, durch direkte Herzmassage einen künstlichen Kreislauf zu erzeugen, suchte Wrede dadurch zu lösen, daß er getöteten Hunden eine Lösung von Carminum coeruleum in die linke Vena jugularis externa einspritzte und dann künstliche Atmung und direkte Herzmassage ausführte. Es gelang ihm, nach einiger Zeit den Farbstoff sowohl im Venen- wie auch im Arterienblut nachzuweisen, woraus zu schließen ist, daß der Farbstoff ein Capillarsystem überwunden haben muß. Auch im Pfortaderblut fand sich der Farbstoff wieder. Ob freilich die Überwindung der Capillaren in der Richtung des normalen Kreislaufes oder rückläufig erfolgt ist, konnte nicht einwandfrei bewiesen werden, da aber während der Massage der Blutdruck in den Arterien erheblich höher ist als in den Venen, ist das Zustandekommen eines wirklichen Blutkreislaufs wenigstens wahrscheinlich gemacht. Die Verwendung von Nebennierenpräparaten erwies sich als geeignet, die Wirkung der direkten Herzmassage wesentlich zu unterstützen. Oft setzte im Tierversuch der Herzschlag erst nach Einführung von Paranephrin in die Blutbahn ein, nachdem er durch Herzmassage und künstliche Atmung vorher nicht zu erzielen gewesen war. Die Wirkung des Paranephrins läßt aber bald nach. Um länger dauernde Wirkungen zu erzielen, muß man entweder nach Kretschmer dauernd Nebennierenpräparatlösungen einfließen lassen, wodurch es Wrede allerdings nicht gelang, dauernde Blutdruckerhöhung hervorzurufen, oder man muß die Präparate wiederholt einführen, um so wenigstens wiederholte Blutdrucksteigerungen herbeizuführen. Von größter Wichtigkeit für den Erfolg der direkten Herzmassage ist ferner eine gute künstliche Atmung. Sie darf auch nach dem Einsetzen spontaner Atemzüge nicht zu früh unterbrochen werden. W. sah bei seinen Tier-

versuchen beim Wiedererwachen des Atmungszentrums trotz fortgesetzter künstlicher Atmung und unabhängig von dieser zunächst eine Periode dyspnoischer Atmung auftreten, welcher er den Zweck zuschreibt, die dem Atmungszentrum im Übermaß zuströmenden abnormen Stoffwechselprodukte zu entfernen. Erst wenn das geschehen ist, erfolgt die normale Reaktion auf die Atmungsreize, was sich darin äußert, daß bei fortgesetzter künstlicher Atmung Eupnöe eintritt. W. hält es auch für die Verhältnisse beim Menschen für sehr wichtig, daß man erst nach völliger Beruhigung des Atmungszentrums mit der künstlichen Atmung aussetzt. Er führt zahlreiche Mißerfolge der direkten Herzmassage auf mangelhafte künstliche Atmung zurück. Im übrigen richtet sich der Erfolg der Herzmassage nicht nach der Lebensfähigkeit des Herzens, die eine sehr große ist, sondern nach der des Großhirns, die nach einer Zirkulationsunterbrechung von 10—15 Minuten ihre Grenze findet. Schwerere Schädigungen des Herzmuskels selbst, wie sie W. in einem eigenen Falle zu beobachten Gelegenheit hatte, hält er für vermeidbar und befürwortet daher für geeignete Fälle die direkte Herzmassage. *M. v. Brunn* (Bochum).CH

Souttar, H. S.: A note on local anaesthesia. (Bemerkungen über Lokalanästhesie.) Brit. med. journal Nr. **2741,** S. 69—70. 1913.

Aufzählung einiger der gebräuchlichsten örtlichen Anästhesierungsmethoden. Der Aufsatz enthält nichts Neues. *Läwen* (Leipzig).CH

Eiselsberg, A. Frhr. v.: Grundzüge und Vorschläge zur Vereinheitlichung des ersten Wundverbandes. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 23, S. 917—921. 1913.

Die erste Aufgabe der Hilfeleistung bei akzidentellen Wunden ist die Blutstillung. Sie soll in ernsteren Fällen unter Vermeidung aller Styptica mit dem Esmarchschen Schlauch oder der Rumpfschen Kreppbinde (letztere ist unbegrenzt haltbar) vorgenommen oder durch Tamponade besorgt werden. Es folgt die alsbaldige Okklusion der Wunde mit steriler Gaze. Die Anwendung von Antiseptica, flüssigen wie festen, ist zu unterlassen, Bespülen der Wunde und Waschen ihrer Umgebung ist zu vermeiden. Mastisol und Jodtinktur sind nur mit Einschränkung bei der ersten Wundversorgung zu empfehlen. Wo eine gründliche Desinfektion der Hände der die erste Hilfe leistenden Person untunlich oder unausführbar ist, verzichtet man besser auf jede Händereinigung; ungereinigte, aber trockene Hände sind für die Wunde weniger gefährlich als schlecht gereinigte. Jede direkte Berührung der Wunde mit den Fingern ist absolut zu vermeiden. — Ein praktischer Rettungskoffer enthält das aus dem Vorstehenden als unerläßlich zu ersehende Material in bequemer Form für die verschiedenen Gebrauchsmöglichkeiten zugeschnitten und in leicht sterilisierbaren Blechbüchsen verpackt; außerdem noch Schienen, Polsterungsmaterial und Fixationsmittel, Scheren und Messer zum Abschneiden der Kleider, Morphin und Rekordspritze, eine Notlaterne. *Genewein* (München).CH

Wittek, A.: Zur Behandlung granulierender Wunden. (*Chirurg. Univ.-Klin., Graz.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 30, S. 1657—1658. 1913.

Mitteilung eines Falles von großer, granulierender Oberarmwunde, die mehrfach ohne Erfolg transplantiert und dann durch Heißluftdusche geheilt wurde. Kurze Kritik der Methode und Hervorhebung der wichtigsten heilenden Ursachen dabei: Bildung eines Sekretes, das schnell zu einem Häutchen eintrocknet und schon „die ganze Anlage des Epithels in sich enthält"; nach Wittek Besserung der Gefäßversorgung durch leichte Massage infolge der auftreffenden Luftwellen. Erwähnung eines einschlägigen Falles von geheilter Röntgenverbrennung.

Peitzsch (Barmen).

Einhorn, Max: Neue Instrumente für das Duodenum und den Dünndarm. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 29, S. 1344—1345. 1913.

Verf. bespricht 3 neue Instrumente, von denen die ersten zwei zur Verbesserung der Röntgentechnik zur Untersuchung des Duodenums und Dünndarms dienen sollen. Es handelt sich dabei 1. um eine Sonde, die ins Duodenum wandern soll. Ein am Ende angebrachter Gummisack kann aufgeblasen werden und schließt das Duodenum nach unten hin ab. Eingefülltes Wismut zeigt dann genau die Form des Duodenums an. Nr. 2 ist eine gewöhnliche 2 m lange Sonde, die im Innern zwei Drähte und einen Seidenfaden enthält. Am Ende befindet sich eine Metallkugel. Das Instrument wandert im Darm und kann auf dem Röntgenogramm die Dünndarmform wiedergeben. — Das dritte Instrument ist zunächst gebaut wie Nr. 1, nur ist etwas oberhalb des Endgummisackes noch ein zweiter angebracht, der ebenfalls aufgeblasen werden kann. Es läßt sich so ein Stück Duodenum ganz abschließen, und der Verdauungssaft, oder je nach Lage auch Galle und Pankreassaft, können aspiriert und zur Untersuchung gebracht werden. — Die Instrumente sind bei Tiemann & Co., 107 East 28th St., New York, zu haben. *Neumann.*CH

Graham, Henry F.: Shelf for rectal and vaginal operations. (Instrumentenbrett für Rectal- und Vaginaloperationen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 20, S. 1537. 1913.

Beschreibung eines Instrumentenbrettes, das an das untere Ende des Operationstisches befestigt wird und bei Eingriffen in Steinschnittlage dazu dienen soll, Instrumente, die man rasch aus der Hand legen und gleich wieder benützen will, aufzunehmen. *Lobenhoffer.*CH

Dreyer, Lothar, Transfusion und Infusion. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6**, S. 76—108. Berlin, Springer. 1913.

Bluttransfusion gibt bei schwerer chronischer Anämie schon bei mäßiger Menge transfundierten Blutes gute Erfolge. Es ist nicht von wesentlicher Bedeutung, ob man intravenös oder intramuskulär injiziert. Es wird offenbar das Knochenmark in einen vermehrten Reizzustand versetzt und zu vermehrter Produktion angeregt. Da Transfusion mit defibriniertem Blut bisweilen zu Schüttelfrösten, Dyspnöe, Ödemen und Hämoglobinurie führt, wird jetzt immer mehr die direkte Bluttransfusion ausgeführt. Transfusionen von Tierblut sind vollkommen aufgegeben. In der Regel wird eine Verbindung hergestellt zwischen Arteria radialis des Spenders und einer Hautvene, in selteneren Fällen auch zwischen einer oberflächlichen Vene des Gebers und einer solchen des Empfängers. Die Vereinigung geschah bisher entweder mittels verschiedenartig gebauter Prothesen, Tuben, oder endlich durch Zwischenschaltung eines besonders präparierten Tiergefäßes. Die bisherigen Erfolge waren günstig. Selbst in verzweifelten Fällen stellte sich sehr rasch Erholung, Zunahme des Hämoglobins und in der Regel auch der roten Blutkörperchen ein; bei Hämophilie wurde auch die Gerinnungsfähigkeit des Blutes günstig beeinflußt. Weniger günstig waren die Dauererfolge bei perniziöser Anämie. Die vorhergehende Prüfung der beiden zu verwendenden Blutarten auf Hämolyse und Agglutination hält die Mehrzahl der Autoren für empfehlenswert, jedoch nicht unbedingt für notwendig. Infusion von Kochsalzlösung bei wirklich tödlichem Blutverluste nützt nichts. Bei schweren Blutverlusten empfiehlt es sich, anstatt der gewöhnlichen Kochsalzlösung eine mit Sauerstoff gesättigte Lösung zu verwenden und bei reichlicher Erwärmung des Körpers die Wirkung der Infusion durch stundenlang fortgesetzte Einatmung von Sauerstoff zu unterstützen. Die beste Einverleibung der Kochsalzlösung ist die intravenöse, doch muß man sich wohl vor allzu großer Belastung des Herzens hüten. *Rubesch* (Prag).CH

Short, A. Rendle, and H. W. Bywaters: Amino-acids and sugars in rectal feeding. (Rectalernährung mittels Aminosäuren und Zucker.) Brit. med. journal Nr. **2739**, S. 1361—1367. 1913.

Auf Grund von Analysen der rectalen Auswaschflüssigkeit nach Verabfolgung eines Nährklistiers nahm man bisher an, daß peptonisiertes Protein vom Mastdarm aus resorbiert würde. Die Verff. konnten dagegen auf Grund genauer, an rectal ernährten Patienten gemachter Untersuchungen feststellen, daß das Eiweiß von Milch und Eiern nur dann bei rectaler Zuführung eine Vermehrung der N-Ausscheidung des hungernden Patienten bedingte, wenn es vorher durch Pankreatin bis zu Aminosäuren abgebaut worden war. — Daß Fett nur ganz wenig vom Mastdarm aus aufgenommen wird, wurde auch schon von andern Untersuchern angegeben. — Dextrose wird besser resorbiert als Lactose und verhindert die Ketonbildung infolge von Kohlehydratmangel. Als gutes Nährklysma wird empfohlen: $1^1/_2$ pint (etwa 0,9 l) gekochte und wieder abgekühlte Milch wird zusammen mit 4 Pankreatintabletten 24 Stunden im Brutschrank gehalten; dann werden $1^1/_2$ oz. (etwa 42,5 g) reine Dextrose zugefügt und von dem Gemisch alle 4 Stunden 140 g oder, wenn es zurückgehalten werden kann, 8stündlich 280—300 g gegeben. — Eier sind wegen des frei werdenden Schwefelwasserstoffs für Nähreinläufe nicht zu empfehlen. Bei der Rectalernährung von Patienten mit Ulcus ventr. rotund. ist zu bemerken, daß eine ziemlich erhebliche reflektorische Magensaftabsonderung einsetzen und dem Pat. nach jedem Klysma Schmerzen bereiten kann. *Zieglwallner* (München).CH

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Schreiman, Ferdinand: The social aspect of gonorrhea. (Die soziale Bedeutung der Gonorrhöe.) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **9,** Nr. 9, S. 302—306. 1913

Die Gonorrhöe ist ein großes soziales Übel, das schon im Altertum bekannt war; sie ist eine schwere und sehr verbreitete Krankheit. Ihre Folgen: Kinderlosigkeit, Schwächung und Resistenzverminderung des Organismus. Die Abnahme der Neger- und Indianerbevölkerung Amerikas wird auf die Krankheit zurückgeführt. Die Ursachen der großen Verbreitung sind in der laxen Moral der männlichen Bevölkerung (eine „doppelte Moral" für das männliche und weibliche Geschlecht!) in dem Verpöntsein sexueller Themata in der Gesellschaft zu suchen. Erziehung tut not: hier ist der Arzt der rechte und beste Mann, der alle Klassen der Bevölkerung, der männlichen und weiblichen, über das Wesen und die Bedeutung der Gonorrhöe aufklären soll. *Blanck* (Potsdam).

Fursey, Frank R., Gonorrhea in the female. (Die Gonorrhöe der Frau.) Med. council Bd. **18,** Nr. 5, S. 169—171. 1913.

Die Gonorrhöe bei kleinen Mädchen und Schulkindern soll durch Waschung mit gesättigter Borlösung seitens der Mutter (alle 3 Stunden) und mit 5% Protargollösung seitens des Arztes (täglich) behandelt werden. — Für junge Mädchen nach der Pubertät ist Bestreichen der Cervix und des Scheidengewölbes mit Jod die beste Behandlung. Dies macht der Arzt einmal täglich und legt darauf ein Jodoformzäpfchen in die Vagina ein, wo es durch einen Jodoformgazestreifen zurückgehalten wird. Am nächsten Morgen vaginale Ausspülung mit 2 Litern $^1/_2$proz. Lysollösung. Bei verheirateten Frauen außerdem, wenn der Uterus mitergriffen ist, leichte Dilatation der Cervix und Auswischen mit Jodtinktur (alle 3 Tage). Bei akuten Symptomen aufsteigender Genitalgonorrhöe (Endometritis und Salpingitis) Bettruhe, nachher gründliches Curettement und Auswischen des Uterus mit Jodtinktur. Bei Pyosalpinx Operation; wird diese verweigert, so Jodbehandlung der Vagina und Vaginalsuppositorien (s. o.), außerdem Antigonokokkenserum alle 5 Tage zwei Monate lang. Mehrere Krankengeschichten. *Blanck* (Potsdam).

Chiara, di: Localisations et traitement actuel de la blennorragie chez la femme. (Lokalisation und moderne Behandlung der weiblichen Gonorrhöe.) Journal d'urol. Bd. **4,** Nr. 1, S. 77—102. 1913.

„Die Gonorrhöe bei der Frau verläuft in einer großen Zahl der Fälle latent, sie ist so außerordentlich häufig, ihre gynaekologischen Komplikationen sind so wichtig, daß ihr Studium für die Erkennung und Behandlung von größter Bedeutung ist." 1. Besprechung der Sitze des Gonokokkus im Bereich des Tractus urogenitalis und des Rectum: paraurethrale Gonorrhöe; es kommen wahre gonorrhoische Cystitiden vor, wenn sie auch gegenüber den sekundären Cystitiden selten sind; die Macula gonorrhoica (Sänger) findet sich auch bei ganz gesunden Frauen; Cysten der Bartholinischen Drüsen sind manchmal gonorrhoischer Natur; die Gonorrhöe der Vagina der Frau ist eine Seltenheit, als chronische Form existiert sie überhaupt nicht. — 2. Klinische Diagnostik der weiblichen Gonorrhöe. — 3. Die Therapie der Gonorrhöe bei der Frau ist auf der pathologischen Anatomie der gesetzten Schädigungen aufgebaut. Die Behandlungsarten von verschiedenen Autoren werden aufgeführt. Die Vaccinetherapie ist absichtlich übergangen. Es sind meist die alten, bewährten antibakteriellen Mittel berücksichtigt: „Nicht auf das Medikament kommt es an, die Methode ist alles" (Collin). *Blanck* (Potsdam).

Weisz, Franz: Über die neuere Gonorrhöetherapie. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 32, S. 1981—1986. 1913.

Die Gonokokken sind durch antiseptische Mittel zu beseitigen. Balsamika sind wertlos. Empfehlung von $^1/_2$% Argent. nitric.-Lösung bei der Gonorrhöe des Mannes. In 6 Fällen von geschlossenen Erkrankungsherden (Arthritis, Epididymitis) wurde die Vaccinetherapie mit Erfolg angewendet. *Blanck* (Potsdam).

Cruveilhier, Louis: Traitement des complications de la blennorragie par la méthode des virus-vaccins sensibilisés de Besredka. (Behandlung der Tripperkomplikationen mit Besredkas sensibilisierter Vaccine.) Paris méd. Nr. **35**, S. 216—220. 1913.

Drei durch die angegebene Methode günstig beeinflußte Fälle von Metritis und Salpingitis; in dem einen dieser Fälle wurde auch eine Pyosalpinx zum Verschwinden gebracht. Weiter wurden 5 Fälle von gonorrhoischer Arthralgie mit dem Mittel behandelt und innerhalb zwei Wochen geheilt. Krankengeschichten über diese Fälle und solche von Arthritis acuta und chronica gonorrhoica, die gleichfalls geheilt wurden, werden mitgeteilt. *Blanck* (Potsdam).

Fischer: Ein schwerer Anfall cerebraler Erkrankung nach Arthigoninjektionen. (*Krankenh. Dresden-Friedrichstadt.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. **57**, Nr. 29, S. 858 bis 859. 1913.

Kräftige 17 jährige luetisch und gonorrhoisch infizierte, sonst gesunde Patientin wird wegen frischer Parametritis mit intramuskulären Arthigoninjektionen (2 pro Woche) behandelt. Nach der 1. Injektion (0,5) keine Beschwerden; 2—3 Stunden nach der 2. und 3. Injektion Schwindel, heftige Schläfenschmerzen, Kreuzschmerzen, leichter Temperaturanstieg. $1^1/_2$ Stunden nach der 4. Injektion (2,0) schwerer, 25 Minuten dauernder „Anfall": Hitzegefühl im Kopf, Ohrensausen, Schüttelfrost, heftigste Hinterkopfschmerzen, Gesicht wachsbleich, Pupillarreaktion zeitweise aufgehoben, Bewußtsein öfters erloschen, Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Umsichschlagen, Erbrechen, Radialpuls zeitweise fehlend, Schaum vor dem Munde, kein Zungenbiß, Temp. 40° Rectum. Nach dem Aufwachen noch starke Erregung und Frieren. Am nächsten Tage Wohlbefinden, normale Temperatur.

Epilepsie und Hysterie kommen nicht in Betracht. Intravenöse Injektion ausgeschlossen. Vielleicht handelt es sich um eine Art Überempfindlichkeit. Jedenfalls ist die Arthigoninjektion die Ursache des Anfalls. *Bischoff* (Düsseldorf).

Durel, Wallace J.: The clinical value of the tuberculins in the diagnosis and the treatment of tuberculosis. (Der klinische Wert des Tuberkulins in Diagnose und Behandlung der Tuberkulose.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 5, S. 303—307. 1913.

Klinische Erfahrungen lehren, daß 1. negative Tuberkulinprobe beweist, daß der Organismus von Tuberkelbacillen jedenfalls in Form von Tuberkeln nicht ergriffen ist; 2. positive Tuberkulinprobe das Vorhandensein von Tuberkeln, bei Kindern unter 5 Jahren in aktiver, bei Erwachsenen in aktiver oder latenter Form nachweist. Die letztere Ungewißheit entwertet das Tuberkulin nicht. Aktive oder latente Tuberkulose zeigt sich eben sicher auf wiederholte Proben schon sehr frühe, wenn die Behandlung noch aussichtsreicher (Statistik). Vermeintliche, oft durch lokalisierte Spitzenaffektion infolge Grippe oder durch Kokkenpneumonie vorgetäuschte Tuberkulose läßt sich so ausschalten. Fortgeschrittene und akute Tuberkulosepneumonie, bei der die Probe versagt, läßt sich auch ohne sie erkennen. — Bei der Behandlung ist neben Hygiene und Medikamenten (Kreosot) auch das Tuberkulin unentbehrlich, das ebenso wie die auch wertvolle Biersche Stauung namentlich durch Einwirkung auf Leukocyten und Lymphocyten erhebliche Besserung bringt. (Statistik.) *Mohr* (Berlin).

Meyer, H.: Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Tuberkulin Rosenbach. (*Chirurg. Klin., Leipzig.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 1, S. 28—44. 1913.

Es wurden 18 Patienten mit durchweg schweren Tuberkulosen der Behandlung mit Tuberkulin Rosenbach nach dessen Vorschrift unterzogen. 4 Patienten schieden wegen Schmerzhaftigkeit der Injektionen oder aus anderen Gründen vorzeitig aus. 3 Patienten starben während der Behandlung. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 22 und 105 Tagen, die Menge der im ganzen injizierten Originallösung zwischen 1,8 und 17,2 ccm. Als unangenehme Nebenerscheinungen wurden starke Schmerzhaftigkeit der Injektionen, umschriebene oder ausgedehnte Rötungen und Schwellungen, Steigerungen der Temperatur und Pulsfrequenz und Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet. Sichtliche Erfolge wurden nach den mitgeteilten Krankengeschichten nicht erzielt, doch hält es Verf. nicht für ausgeschlossen, daß bei leichteren, beginnenden Fällen bessere Erfolge zu erzielen sind. *Harraß* (Bad Dürrheim).CH

Allgemeines über Geschwülste:

Taylor, Howard C., Frederick J. Taussig and Leroy Broun: Report of the committee on ways and means in the matter of impressing physicians and educating the public in the necessity of early diagnosis and operation in cancer. (Bericht des Komitees über Wege und Mittel die Ärzte zu gewinnen und das Publikum für die Frühdiagnose und Operation des Krebses zu erziehen.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 93—94. 1913.

Es wurde beschlossen, im Verein mit medizinischen Gesellschaften eine nationale Organisation zu gründen, zur Erforschung und Behandlung des Krebses und in Beziehung zu treten zu dem im Mai 1913 tagenden Kongreß der Amerikanischen Gynaekologischen Gesellschaft. *Rittershaus* (Coburg).

Hoffman, Frederick L.: The menace of cancer. (Die Krebsgefahr.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 88—91. 1913.

Auf Grund von Lebensversicherungsstatistiken war die jährliche Sterblichkeit an Krebs in den Vereinigten Staaten 75 000, in der zivilisierten Welt eine halbe Million. Das Todesjahr war bei Männern durchschnittlich 60,4, bei Frauen 58,2. Die Sterblichkeit bewegt sich in aufsteigender Linie und bedeutet eine ernste Gefahr für das amerikanische Volk. In der Stadt New York ging die Sterblichkeit von 37,5 auf 81,4 pro 100 000 Einwohner in den letzten 40 Jahren in die Höhe. Eine Gesellschaft für Bekämpfung der Krebskrankheit ist ein dringendes Erfordernis; sie hat folgende Aufgaben: Belehrung des Publikums, Betonung der Wichtigkeit der Frühoperation, Feststellung der Resultate der medizinischen und chirurgischen Behandlung, genaue auf amtlichem Material beruhende Listenführung über Carcinomerkrankungen und Todesfälle. Ferner ist den ursächlichen Beziehungen zwischen Krebs und Beruf, zwischen Geschwulst und Lebensweise nachzuforschen. Das Publikum muß über das Wesen und die Erscheinungen der Erkrankung aufgeklärt werden; auch ist die Morbidität an Krebs unter Haustieren und Pflanzen festzustellen. *Rittershaus* (Coburg).

Taussig, Frederick J.: What are the best methods of educating American women concerning cancer? (Wie kann man am besten die amerikanischen Frauen über den Krebs aufklären?) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 92—93. 1913.

Die Verbreitung der Aufklärung durch das geschriebene Wort hat nur bedingten Wert, weil die Veröffentlichungen in Frauenzeitschriften aus Gründen des Taktes nur über Krebs im allgemeinen handeln könnten und man an geeigneten Stellen Bemerkungen über den Gebärmutterkrebs einflechten müßte. Wirksamer ist das gesprochne Wort, entweder direkt vor den Laien, oder solchen Personen, die von der Frauenwelt oft um Rat angegangen werden, wie Kindererzieherinnen, Hebammen, Geistlichen. Besonders müssen die Hebammen über die Frühsymptome von Uterus- und Brustkrebs unterrichtet werden. *Rittershaus* (Coburg).

Hartwell, John A.: General principles of the surgical treatment of cancer. (Allgemeine Grundsätze für die Behandlung des Carcinoms.) New York med. journal Bd. 97, Nr. 26, S. 1329—1332. 1913.

Verf. tritt nicht nur für eine möglichst frühzeitige chirurgische Behandlung des Carcinoms selbst ein, sondern auch mit größtem Nachdruck für die Verbreitung der Kenntnis der Tatsache und deren Bedeutung, daß häufig ein Vorstadium des Krebses oder eine Neigung zur krebsigen Entartung sonst benigner Prozesse vorkommt, bei welchen die chirurgische Behandlung ebenfalls frühzeitig einzusetzen hat. Sehr wichtig sind genaue pathologisch-anatomische Kenntnisse über die verschiedenen Krebsformen, damit man imstande ist bei jedem Falle die Ausdehnung des Eingriffes zu beurteilen. Man muß beim chirurgischen Vorgehen immer darauf Rücksicht nehmen,

daß die Carcinomzelle infolge ihrer selbständigen Vitalität imstande ist, in einem günstigen Nährboden weiterzuwachsen und dadurch Rezidive zu bilden. *Hall.*

Bindseil: Über die sogenannte Operationsimmunität (bei einem Mäusecarcinom). (*Inst. f. Hyg. u. Bakteriol., Univ. Straßburg.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. **17**, H. 6, S. 639—656. 1913.

Bei der Nachprüfung der sog. Operationsimmunität bei Mäusecarcinomen wurde gefunden, daß in der Tat bei rezidivfrei ausgeführter Radikaloperation geimpfter Tiere die Tiere sich gegen eine Nachimpfung mit demselben Stamm refraktär verhalten. *Rubesch* (Prag).CH

Stewart, J. Clark: The malignancy of the giant celled sarcoma. (Die Bösartigkeit von Riesenzellensarkomen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 30—31. 1913.

Kurze Krankengeschichten von 2 Fällen von Riesenzellensarkomen ausgehend von der Medullarhöhle langer Röhrenknochen. Beide Fälle starben einige Monate nach der Operation; bei dem einen hatten sich Metastasen gebildet, bei dem anderen nicht. Der Verf. veröffentlichte die Fälle, um zu beweisen, daß Riesenzellensarkome, falls ihre Diagnose sichergestellt ist, ebenso bösartige Neubildungen sind, wie die übrigen Sarkome; er schränkt aber die Allgemeingültigkeit dieser Tatsache wieder ein, indem er der Meinung Ausdruck gibt, daß die Riesenzellensarkome, welche im Innern der Röhrenknochen entstehen, so lange als gutartig anzusehen sind, als sie den Knochen nicht durchbrechen; ist dies aber der Fall, so sind sie bösartig und führen ebenso wie die übrigen Sarkome zum Tode. *Schauenstein* (Graz).

Cullen, Thomas S.: The surgical pathology of cancer. (Die chirurgische Pathologie des Carcinoms.) Med. soc. of the county of New York, meet. 24. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 123—125. 1913.

Verf. hebt die Wichtigkeit eines Zusammenwirkens der chirurgischen und der Laboratoriumstätigkeit hervor. In Zukunft sollten sämtliche Chirurgen auch gewandte „Laboratoriumsmänner“ sein. Wenn das Abdomen geöffnet und der Chirurg mit dessen Pathologie vertraut sei, werde ihm dies zur Richtschnur für die ihm hier gestellte Aufgabe dienen und ihn auch in Stand setzen, zu entscheiden, ob eine Operation ausführbar sei, d. h. auch wirkliche Abhilfe zu schaffen vermöge oder nicht.

Burk (Stuttgart).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Grad, Hermann: Epithelioma of the vulva and clitoris. (Epitheliom der Vulva und Klitoris.) New York obstetr. soc. meet. 11. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 105—106. 1913.

52jähr. Patientin. Pruritus seit 3 Jahren, 1 Jahr nach Menorpause. Neubildung an den kleinen Schamlippen und der Klitoris mit teilweiser Ulceration. Kraurosis der Vulva. Chronische Nierenentzündung. Operation: Entfernung der kleinen Schamlippen, Klitoris und eines Teiles der Vulvaschleimhaut, unter Verlegung der Harnröhrenmündung. Heilung teils durch Granulation. Mikroskopische Untersuchung des Tumors: Plattenepithel, das an einer Stelle in das submuköse Gewebe eindringt, umgeben von entzündlicher Reaktion. Keine Verhornung. Mitosen. *Mohr* (Berlin).

Fleischhauer: Operiertes Vulvacarcinom. (Med. Ges., Kiel, Sitz. 5. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31. S. 1741. 1913.

Nach Ansicht des Verf.s sind die schlechten Dauerresultate bei Vulvacarcinom zum großen Teil in nicht genügender Beachtung der anatomischen Verhältnisse des Lymphgefäßsystems der äußeren Genitalien zu suchen. Man darf sich nicht darauf beschränken, die äußeren Leistendrüsen auszuräumen, sondern muß nach dem Vorschlage von Rupprecht auch die tiefen, im Fettgewebe der Fossa ovalis an der Innenseite der Vena femoralis gelegenen Drüsen beiderseits exstirpieren. Ferner soll man nach Stöckel in jedem Falle auch die hypogastrischen und iliakalen Drüsen per laparotomiam entfernen.

Runge (Berlin).

Pozzi, S.: Résultats immédiats et éloignés de la méthode autoplastique (avec mobilisation de l'urètre) dans le cas d'absence congénitale de vagin. (Unmittelbare und spätere Resultate der autoplastischen Methode [mit Mobili-

sation der Urethra] in einem Fall von kongenitalem Fehlen der Scheide.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 39, Nr. 26 S. 1127—1135. 1913.

22jähr. Patientin. Seit dem 10. bis 12. Jahre (vikarielles?) Nasenbluten, das seit Operation einer linkseitigen, Ovarium und Tube enthaltenden Leistenhernie (mit Erhaltung der Organe!) aufgehört hat. Zur Zeit keine Menses, keine Molimina. Weiblicher Habitus. Große Schamlippen wenig entwickelt. Paranymphealfalte nur rechts vorhanden. Linke kleine Schamlippe verkürzt. Zwischen Harnröhrenmündung und Klitoris eine Art kleines männliches Glied. Das Hymen ist undurchgängig. Die rectale Untersuchung läßt nur rechts eine sichelartige Falte ähnlich einem Uterus maskulinus fühlen. Operation 27. V. 1913. H-förmige Incision, deren querer Schnitt am unteren Rande des Hymen verläuft. Ablösen des Rectum durch Weiterpräparieren in diesem Schnitt. Ein 2. Querschnitt verbindet die oberen Enden der Seitenschnitte. Durch ihn gelingt es, die Urethra abzulösen und tiefer zu ziehen. Hierauf longitudinale Vernähung des vorderen Querschnittes. Die resultierende Entspannung erlaubt den unterhalb des unteren Querschnittes befindlichen Lappen zur Bekleidung der hinteren Scheidenwand zu benutzen. Die vordere deckt der obere Lappen. Die Seitenwände werden durch Spaltung der kleinen Schamlippen tapeziert. Bis 10. VI. Einlegen eines Mandrins mit Jodoformgaze. Hierauf steigernd dicke Mandrins, die durch eine Bandage gehalten werden. Unter Verwendung von Scharlachrot heilt die plastische Wunde rasch. Die neugebildete Scheide bewährt sich im Gebrauch. Autor erwähnt einen in gleicher Weise operierten Fall, der nach 33 Monaten keine Rückschritterscheinungen zeigte. *Mohr* (Berlin).

Uterus:

Chase, Ira Carleton: An unwritten chapter in gynecology, uterine and adnexal syphilis. (Ein unbeschriebenes Kapitel der Gynaekologie, Syphilis des Uterus und der Adnexe.) Texas State journal of med. Bd. 9, Nr. 3, S. 95 bis 98. 1913.

I. Lues des Uterus. Am häufigsten ist Schanker der Cervix, gewöhnlich an der hinteren Lippe, plaquesartige, dem Mundschanker ähnelnde Geschwüre, manchmal durch infiltrierende Wucherung Malignität vortäuschend. Neisser: Schanker der Cervix für Sarkom gehalten nach mikroskopischer Untersuchung. Heilung auf Hg. Lichtenstein: Stenose und Hämatometra durch Lues der Cervix. Häufig ist auch die luetische Endometritis. Virchow: Papilläre Endometritis von Luetischen, luetische Veränderungen an Decidua und kindlichen Membranen. Gräfenberg: Zahlreiche Spirochäten im kongenitalluetischen Uterus des Foetus. Manche führen die membranöse Dysmenorrhöe auf Lues zurück. Morisani: Degeneration der Blutgefäße des Uterus durch Lues infolge Wandschädigungen. Von Jaworski unterscheidet: a) Ulcera der Portio; b) Leukoplakie der Cervix; c) endouterine Ulceration; d) Gumma; e) luetische Sklerose des Uterus; f) späte Angiosklerose, besonders der unteren Uterushälfte. Folgen sind chronische Endometritis und Hämorrhagien. Muraton heilte eine Reihe von Hämorrhagien, die aller Behandlung trotzten, mit Hg. Recasens: 5 Fälle von luetischer Metritis durch Hg gebessert. Einer wegen Verdachtes auf Malignität operiert zeigte Hypertrophie, fungoide Endometritis, endometrische Narben mit Periendarteriitis und Gefäßobliteration. Hoffmann: Gummata des Endometriums und der Vulva, sowie fast aller Organe, auch der Adnexe, nach Geburt von Zwillingen mit septischer Wochenbettserkrankung. Auch Uterusrupturen sind auf Schädigung der Uterusmuskulatur durch Lues manchmal zurückzuführen. Autor rät zu Wassermann und Spirochätensuche bei hartnäckiger Endometritis, Metrorrhagie, membranöser Dysmenorrhöe, und atypischen Cervixveränderungen. — II. Lues der Adnexe. Sichere Befunde von luetischen Veränderungen der Adnexe von Frauen mit + Wassermann fehlen noch. Zu erinnern ist, daß die Pathologen schon die interstitielle Orchitis als Zeichen, tertiärer Lues beim Manne betrachten. Ist Ei oder Samen oder beide bei der Konzeption infiziert? Uhlenhuth und Mulzer: das spirochätenfreie Sperma florider Luetischer verursachte bei Kaninchen Lues! Väterliche Lues bringt 20%, mütterliche 85% kindlicher Mortalität. Hennig: Verschwinden einer Vergrößerung des Ovariums bei Luetica auf Hg. Lecorche: Ovarium einer Luetischen mit Sklerose, wenig Graafschen Follikeln, zahlreichen Kalkablagerungen in der Rinde. Bouchard und Lepine: Tuben mit haselnußgroßen Gummatas gefüllt. Laffont unterscheidet: a) kongestive, b) katarrhalische, c) gummatöse, d) sklerotische, e) sklerogummatöse, f) sklerocystische Salpingitis durch Lues, im Ovarium a) gummatöse Infiltration, b) Gumma, c) sklerotische, d) sklerocystische Formen. Meirowski und Frankenstein: Amenorrhöe auf Hg verschwunden oder durch vikarielle Blutungen abgelöst. Auch weibliche Sterilität ist oft auf Lues der Ovarien zurückzuführen. Oft bleiben die ersten Erscheinungen der Lues bei Frauen unentdeckt, weil sie durch Menstrualblut oder Ausfluß die Spirochäten enthalten, anstecken. (Müller.) *Mohr* (Berlin).

Rollett, Humbert: Über intrauterine miliare Tuberkulose. (*Prosektur d. Landeskrankenanst., Salzburg.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 31, S. 1274—1275. 1913.

Eine Frau, bei der in der Schwangerschaft akute Miliartuberkulose zum Ausbruch kommt,

gebiert ein reifes (51 cm, 3600 g) Kind, das nach 48 Stunden stirbt und den Befund einer allgemeinen Miliartuberkulose bietet. Die Mutter starb 18 Tage nach der Geburt des Kindes.

Dieser Fall ist eine vollkommen einwandfreie Beobachtung dafür, daß nicht nur die Tuberkulose angeboren sein kann, sondern daß auch die Generalisierung der Tuberkulose intrauterin erfolgen kann. *Torggler* (Klagenfurt).

Öhman, K. H.: Uterusmyom und Ovarialblutungen. (*Geburtshilfl.-Gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., B. 55, H. 8, S. 198—203. 1913. (Schwedisch.)

Verf. berichtet über 8 Fälle von Myoma uteri nebst Ovarialblutungen. Er ist der Ansicht, daß bei bestehendem Uterusmyom gewöhnlich Blutungen in den Eierstöcken vorhanden seien und daß die Menge dieser Blutungen zu den Blutungen ex utero im Verhältnis stehe. Sowohl die Uterus- als auch die Ovarialblutungen beruhen nach Verf. auf der starken Blutkongestion der inneren Geschlechtsteile bei Myoma uteri. *Björkenheim* (Helsingfors).

Horwitz und Obolenskaja: Zur Kasuistik der Kolossaltumoren der weiblichen Genitalien. (Arbeiten aus der geburtsh.-gynaekol. Klinik Prof. Redlich, St. Petersburg. Bd. 1, S. 141—152. 1913 (Russisch).

Mitteilung von 3 Fällen von Kolossaltumoren, die per laparatomiam entfernt wurden: 1. Fall: Fibroma uteri retrocervicale lymphangiectodes. Gewicht 17 kg. 2. Fall: Subseröses Cystomyom. Gewicht 22 Pfd. 3. Fall: Ovarialcystom mit totaler Torsion des Uterus. Inhalt: 22 600 g schleimiger Flüssigkeit. Alle 3 Patientinnen wurden geheilt entlassen. *Braude.*

Taylor, Howard C.: Educational work in carcinoma of uterus. (Erzieherische Tätigkeit auf dem Gebiet der Uteruscarcinome.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 91 bis 92. 1913.

Trotz der gewaltigen Arbeit, die es mit sich bringt und die eigentlich erst nach Jahren zu positiven Erfolgen führt, tritt Verf. dafür ein, daß auch bei ihm zulande eine ähnliche Tätigkeit zur Aufklärung über Uteruscarcinome einsetzen müßte, wie es über Tuberkulose bereits geschehen. Da die Ärzte schwerlich Zeit genug dafür erübrigen könnten, sollten sie sich mehr auf die fachmännische Aufsicht beschränken, die eigentlich organisatorische Arbeit aber von einem Generalausschuß geleistet werden, der seinerseits einen gutbesoldeten Laien mit der Aufgabe zu betrauen hätte, sich mit der Presse in Verbindung zu setzen, für Flugblätter und für die nötige Unterstützung von seiten der Frauen oder Mutterklubs u. dgl. zu sorgen. Wichtig sei es auch, mehr statistisches Material zu erhalten. Ferner sollte den Frauen, eventuell unentgeltlich, die histologische Untersuchung zugänglicher gemacht, namentlich aber auch die geschulten Pflegerinnen eingehend über die ersten wichtigen Symptome des Leidens und die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose unterrichtet werden. Dadurch könne mancher Fall rechtzeitig in Behandlung kommen. In vielen Gegenden habe die Aufklärung durch die Hebammen schon erfreuliche Erfolge gezeitigt. *Burk* (Stuttgart).

King, A. F. A.: Uterine carcinoma. (Uteruscarcinom.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 88. 1913.

Verf. stellt eine weitere Hypothese über die Ursache von Uteruscarcinom auf. Nach dieser wären die ätiologischen Faktoren: 1. vermehrte Zellenwucherung, hervorgerufen durch beständige Reizung; 2. die Expansion dieser Wuchergewebe unter dem befruchtenden Einfluß von „Spermatozoa", nämlich dem, was man „spermatikale Infektion" nennen könnte, die nirgends häufiger anzutreffen ist, als in der Cervix, wie auch kein Teil des menschlichen Körpers dem Carcinom mehr unterworfen ist, als gerade die Cervix, auf die diese beiden ätiologischen Faktoren ihren gemeinsamen Einfluß ausüben. *Burk* (Stuttgart).

Herzfeld, B.: Ein Beitrag zur Statistik des Carcinoma uteri. (*Rigasches Stadtkrankenh.*) Petersburg. med. Zeitschr. Jg. 38, Nr. 14, S. 167—169. 1913.

Von 7947 in einem Zeitraum von 10 Jahren ambulatorisch behandelten Frauen litten 153 an Carcinom. Davon erwiesen sich 57 = 37,2% operabel; 96 = 62,8% inoperabel. Diese tristen Operabilitätsverhältnisse führt Herzfeld auf die infolge der Indolenz der Patientinnen spät ermöglichte Diagnose des Leidens zurück, und erhofft eine Besserung derselben durch Aufklärung des Publikums, die sich der I. Baltische Arztkongreß zum Ziele gesetzt hatte. Ein kleiner Er-

folg dieser Maßregel scheint sich beim Vergleich der Ziffern zu zeigen, die die etwas gebesserten Verhältnisse nach dem Kongresse dokumentieren.

	Vorher: ambulator. Material	Station		Nachher: ambulator. Material	Station
Operabel	37,2%	38,6%	Operabel	47,3%	47,4%
Inoperabel	62,8%	61,4%	Inoperabel	52,7%	52,6%

Köhler (Wien).

Norén, Bruno: Mikroskopische Untersuchungen über den Gebärmutterkrebs. Mit 10 Tafeln. (*Gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. **55**, H. 8, S. 242—268. 1913. (Schwedisch.)

Verf. beschreibt die mikroskopischen Bilder von 13 Fällen von Gebärmutterkrebs, die G. Heinricius in der gynaekologischen und obstetrischen Universitätsklinik in Helsingfors von 1898—1912 operiert hat. Von diesen 13 Fällen sind 5 reine Korpuscarcinome. In den übrigen 8 ist die Cervix mitangegriffen. Also reine Korpuscarcinome in 38,5% von 13 Fällen. 8 mal liegen reine Adenocarcinome vor, während 4 Fälle neben primärem Adenocarcinom eine sekundäre solide Ausfüllung der Drüsen zeigen und ein Fall von stark plattenepithelähnlicher Art ist. Nur in einem einzigen Fall wird ein primäres Plattenepithelcarcinom gefunden.
Björkenheim (Helsingfors).

Wegelins, Walter: Postklimakterisches Myosarkom des Uterus. (*Geburtshilfl.-Gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. **55**, H. 8, S. 280 bis 289. 1913. (Schwedisch.)

57jährige Arbeiterfrau, früher gesund, seit 31 Jahren verheiratet. 8 Kinder, das letzte vor 13 Jahren. Menopause im Alter von 50 Jahren. Einige Zeit später Auftritt von unregelmäßigen Blutungen, die nach und nach an Menge und Häufigkeit zugenommen haben. Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Seit 5 Monaten fortwährende Blutungen. Die Untersuchung ergibt einen vergrößerten Uterus, dessen höchster Punkt ein paar Querfinger oberhalb der Schamfuge gefühlt wird. Da die mikroskopische Untersuchung des bei einer Probeausschabung erhaltenen Materials das Vorhandensein eines malignen Tumors ergibt, wird die Gebärmutter mit den Adnexen durch die Laparotomie entfernt. Glatter Heilungsverlauf. An der hinteren Wand des Uterus findet sich ein kleinapfelgroßes Myom, dessen oberer Teil der sarkomatösen Degeneration anheimgefallen ist. Mikroskopische Schnitte zeigen in dem sarkomatösen Anteil des Tumors das Vorhandensein zweierlei Zellen: 1. Kleinere, spindelförmige oder polygonale Zellen mit rundem oder ovalem, stark tingiertem Kerne. 2. Große Zellen mit ebenfalls großen, zumeist etwas blassen Kernen. In den Schnitten ist das schrittweise Übergehen von typischen Myomzellen in diese Zellformen deutlich zu sehen. Verf. nimmt an, daß beide Zellformen durch die Einwirkung derselben „Reizes“ aus dem Myomgewebe entstanden sind, die erstgenannten aus dem Bindegewebe, die letzteren durch „Entdifferenzierung“ des bereits gebildeten Muskelgewebes. Eine Stütze für seine Ansicht findet er in einem jüngst von Ogórek beschriebenen ähnlichen Fall, wo auch die mikroskopischen Bilder eine weitgehende Übereinstimmung mit denjenigen des Verf. aufwiesen. *Björkenheim* (Helsingfors).

Schultz, Th.: Der Beckenboden und sein Verhältnis zu der Genese der Genitalprolapse. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Die Beckenorgane werden von dem muskulösen Beckenboden getragen; die Erklärung dieses Schließmechanismus durch Halban und Tandler ist nicht richtig. Diaphragma urogenitale, der Perinealkeil und die prärectalen Züge des Levator ani haben keine Bedeutung. Die Levatoröffnung ist kein sagittaler Spalt, der sich von einer Seite zur andern schließt, sondern eine runde Öffnung oder ein Querspalt, der von hinten nach vorn geschlossen wird. Der Verschluß erfolgt durch den M. puborectalis, der wie ein Sphinkter urogenito-rectalis oder kürzer: Sphinkter pelvis funktioniert. Das Einwirken dieses Sphinkters auf die Vagina und das Rectum wird auf Gipsabgüssen gezeigt. — Die Genitalprolapse beruhen auf einer Insuffizienz des Sphinkter pelvis. Die postpartalen Prolapse sind speziell dem Abreißen der vorderen Insertionspunkte zuzuschreiben; die Prolapse bei Neugeborenen rühren von einer Paralyse des Sphinkter, und die Prolapse bei Nulliparen von einer gradweisen Dilatation des Sphinkter her; in derselben Weise wie eine Koloninvagination den Sphinkter ani ext. dilatiert und prolabiert. Eine Retroversion des Uterus hat keine Bedeutung als Kausalmoment, und die Elongation des Cervix muß nach Ziegenspecks Theorie und nicht nach der Halbans und Tandlers erklärt werden. Autobericht.

Westermark: Prolapsfrage, Interposition des Uterus. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Westermark spricht sein Erstaunen darüber aus, daß die Prolapsfrage wieder auf die Tagesordnung gebracht sei, kurz nachdem sie in der Berliner gynaek. Gesellschaft und auf dem Kongresse in St. Petersburg diskutiert worden war; die beiden Berichterstatter hätten nur Bekanntes angeführt, und ihre Resultate seien keineswegs ermutigend. Er wundert sich, daß seine Methode der lateralen Kolporaphien von den beiden Berichterstattern nicht erwähnt worden war. Diese Methode gäbe in Verbindung mit den gewöhnlichen Plastiken gute Resultate (kaum 7% Rückfälle). Mittelst eines einfachen Phantoms demonstriert er die Wirkungsweise seiner lateralen Kolporaphie, welche die Vagina in die Quere ausspanne. Außerdem nimmt W. die Priorität für die sogenannte Interposition des Uterus zwischen Vagina und Blase für sich in Anspruch; die Methode, die er als Cystocelenoperation benutzte, hätte er unter diesem Namen in Hygiäa beschrieben; sie sei nicht mit der von Wertheim angegebenen identisch, dagegen aber mit der von Schauta später angeführten. W. meint, daß diese Methode allein bei Cystocele indiziert ist. Bei Totalprolapsen erhält man oft Rückfall nach dieser Methode; in solchen Fällen muß man daher gewöhnliche Vaginalplastik in Verbindung mit der von ihm angegebenen lateralen Kolporaphie anwenden. Bei Cystocele hatte er in 40 Fällen Interpositur ohne Rückfall angewendet. Zum Schluß teilte W. noch mit, daß er, seitdem er im Dezember die Versuche Carrels gesehen hatte, in Übereinstimmung mit ihm Vaselincatgut bei den versenkten Suturen und bei den oberflächlichen Vaselinseide benutzt hätte. Dieses Verfahren solle nach Carrel Thrombose der Gefäße und Lungenembolie vorbeugen; es seien dies die am häufigsten vorkommenden und gefährlichsten Komplikationen nach den Prolapsoperationen. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Gammeltoft: Resultate der Behandlung des Genitalprolapses in der gynaekologischen Abteilung der Entbindungsanstalt und der gynaekologischen Abteilung des Reichshospitals. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Das Material umfaßt 150 Fälle, die in den Jahren 1900—1912 operiert wurden. 6 Patientinnen sind im Anschluß an die Operation gestorben. Die Sterblichkeit beträgt also 4%. 132 Patientinnen sind wieder gefunden worden, von diesen sind 5 später gestorben, ohne daß man nähere Auskunft darüber erhalten hat, wie die Prolapsoperation gewirkt hat. Von den übrigen 127 müssen 81 Fälle als wohlgelungen, 17 Fälle als teilweise gelungen, 24 Fälle als mißlungen, betrachtet werden, da Rückfall eintrat. In 3 Fällen war das Operationsresultat wohlgelungen, eine Hypertrophie des Colli uteri war aber eingetreten. In 1 Falle ist Rückfall infolge eines Falles kurz nach der Operation eingetreten und in 1 Fall nach einer Zangengeburt. Die 17 teilweise wohlgelungenen Fälle sind teils solche, in welchen die Patientin nur ganz geringe Beschwerden hat, teils solche, wo ein subjektives Wohlbefinden eingetreten ist, wo aber die objektive Untersuchung gezeigt hat, daß in anatomischer Beziehung kein vollkommen befriedigendes Resultat erreicht ist. Von den mißlungenen Fällen sind 13 mit der Kolporaphia anter. und der Kolpoperineoraphia, 4 nach Westermark, 3 nach Schauta-Wertheim und 2 mit einer Plastik und Fixierung des Uterus nach Olshausen behandelt worden. Schauta-Wertheims Operation ist 5 mal angewandt worden; in 2 Fällen mit gutem Resultat, in den anderen ist Rückfall eingetreten. Westermarks laterale Kolporaphien sind 11 mal ausgeführt worden. Hiervon ist es gelungen, über 8 nähere Auskunft zu erhalten. Von diesen 8 sind 4 gut gelungen, und 4 mal ist Rückfall eingetreten. Die Ursache dieser schlechten Resultate ist vielleicht darin zu suchen, daß die Technik bis August 1912, als Westermark selbst seine Methode in der Abteilung demonstrierte, teilweise unrichtig war, indem man die lateralen Kolporaphien zu breit machte. Im ganzen ist gleichzeitig mit der Vaginalplastik 20 mal Lagenveränderung des Uterus vorgenommen worden. Von diesen Fällen haben nur 2 Rückfälle bekommen. Beide waren nach Olshausen fixiert. Von denjenigen, die nach Doleris oder nach Alexander Adams fixiert wurden, hat keiner Rückfall zur Folge gehabt. Für die abdominal fixierten liegen also 10% Rückfälle vor, während bei den Fällen, die nur mit der Vaginalplastik behandelt wurden, in mehr als 20% Rückfälle eintraten. 11 der behandelten Patientinnen haben ausgetragene Kinder geboren. 2 wurden mittels Zange entbunden und bekamen Rückfälle. Von den übrigen 9 hat eine Herabsinkungsgefühl, aber kein Rezidiv, und 1 Rezidiv bekommen.

Bezüglich der Technik wird ein sehr sorgfältiges Ablösen der Blase und eine Versenkung derselben empfohlen. Außerdem wird eine hohe Kolpoperineoraphie gemacht. Man legt nicht die Levatoren bloß, sondern sucht sie durch tiefe durchgreifende Suturen

zu fassen. Nachdem man angefangen hat, die Ventrofixierung oder die Ventrosuspension in größerer Ausdehnung anzuwenden, ist das Resultat besser geworden; unter den letzten 50 Fällen gab es nur 9% Rückfälle. Ausgedehnte Kolporaphien in Verbindung mit abdominaler Fixierung bilden sicher dasjenige Verfahren, das die besten Resultate gibt. (Autobericht.)

Olow, J.: Resultat der operativen Behandlung des Genitalprolapses. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli—2. Aug. 1913.

In der gynaekologischen Klinik in Lund (Essen-Möller) sind in den Jahren 1909—1911 153 Fälle von Genitalprolaps operiert worden. Bei 108 derselben hat eine Nachuntersuchung stattgefunden. In 22 Fällen war eine plastische Vaginaloperation vorgenommen worden. 12 derselben weisen keine Zeichen von Rückfall auf, 4 befanden sich wohl, boten aber objektiv ein weniger günstiges Resultat dar. 3 befanden sich einigermaßen wohl, 3 haben Rückfall bekommen. 16 Fälle sind nicht untersucht worden. Mit der Ventrofixierung allein sind 12 Fälle behandelt worden. Von diesen sind 8 nachuntersucht worden. 6 haben keinen Rückfall, 2 Rückfall bekommen. Mit der Ventrofixierung und der plastischen Vaginaloperation sind im ganzen 89 Fälle behandelt worden. Von diesen sind 3 gestorben und 72 nachuntersucht worden. 53 weisen keine Zeichen von Rückfall auf. 6 befinden sich subjektiv wohl, zeigen aber objektiv ein weniger günstiges Resultat. 5 haben wahrscheinlich ein gutes Resultat aufzuweisen. Bei 7 ist Rückfall eingetreten und bei 1 wahrscheinlich auch. Bei 5 hat sich eine Hernie in der Narbe gebildet. Bei allen wohlgelungenen Fällen hielt die Ventrofixation; bei 2 der teilweise gelungenen und bei 3 derjenigen Fälle, wo Rückfall eintrat, hat der Uterus seine Lage nicht behalten.

Exstirpatio uteri totalis ist 4 mal vorgenommen worden. 3 Fälle wurden nachuntersucht. 2 Fälle sind gut gelungen. In einem Falle befindet sich die Patientin wohl, die Nachuntersuchung hat aber ein weniger befriedigendes Resultat ergeben. 1 Fall ist nicht aufgefunden worden. Exstirpatio uteri totalis + plastische Vaginaloperation wurde im ganzen in 3 Fällen vorgenommen. 1 Fall ist nachuntersucht worden und wies kein Zeichen von Rückfall auf. Exstirpatio vaginae 1 mal ohne Rückfall. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Möller, Otto: Resultate von Operationen wegen Genitalprolaps (Mitteilung vom Hospital der Diakonissenstiftung). 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli—2. Aug. 1913.

Das Material umfaßt 260 Patienten und stammt aus den Jahren 1894—1912. Es gelang, über im ganzen 220 Patienten Auskunft zu erhalten. Technik sind seit 1899 die Methoden von Simon, Hegar und Tait angewandt worden, und vom Jahre 1909 ab Levatorsutur, Schauta-Wertheimsche Operation in einigen Fällen. Die Doppelvaginalplastik wurde in 124 der nachuntersuchten Fälle mit Rückfall in 14,5% angewandt; man sah hier aber eine bedeutende Besserung, nachdem man angefangen hatte, die Levatorsutur anzuwenden. Die Kolpoperineoplastik wurde in 43 Fällen mit 23,1% Rezidiv angewandt. Dies schlechte Resultat ist wahrscheinlich dem Umstande zuzuschreiben, daß man früher nicht genügend auf geringere Grade von Descensus der Vorderwand und Cystocelen im Anfangsstadium geachtet hatte. Die Schauta-Wertheimsche Operation ist 25 mal ausgeführt worden, nur 14 Fälle sind aber genügende Zeit unter Beobachtung gewesen; unter diesen befindet sich nur ein Rückfall, eine 71 jährige Patientin, bei welcher der Uterus zu atrophisch war und sich nicht als Pelotte eignete. Ventrofixation mit Vaginalplastik hat in den 15 Fällen, wo sie angewandt wurde, nicht befriedigende Resultate ergeben. Kann man die Schauta-Wertheimsche Operation vornehmen, so ist diese sicher vorzuziehen. Der damit verbundene Eingriff ist bedeutend weniger gefährlich, und der Aufenthalt im Krankenhause weniger langwierig. Die Taitsche Operation wegen kompletter Ruptur ist 21 mal ausgeführt worden. 5 Fälle erschienen nicht wieder, 4 sind gebessert, 12 geheilt. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Brandt: Die Resultate der Behandlung durch die Schauta-Wertheimsche Operation. (In der Abwesenheit B.s durch Severin-Petersen mitgeteilt.) 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli—2. Aug. 1913.

B. hat früh begonnen, die Schauta-Wertheimsche Operation anzuwenden. Er benutzt sie bei großen Prolapsen und Totalprolapsen. Sie läßt sich nur bei Frauen anwenden, wo die Möglichkeit einer Schwangerschaft nicht mehr vorhanden ist. Hier sind die gewöhnlichen Methoden am Platze, wenn sie auch häufiger Rückfälle mit sich führen.

Im ganzen war nur in 10,2% eine Sterilisationsoperation notwendig. 1906—1911 sind 95 Patientinnen nach dieser Methode operiert worden. Bei 75 derselben ist eine Nachuntersuchung vorgenommen worden. Es zeigte sich, daß 75% geheilt und 17,5% bedeutend gebessert waren. Bei 3,4% war Rückfall eingetreten, während die Sterblichkeit 3,4% betrug. Im Anfange geschah es bisweilen, daß das Collum, statt nach oben und hinten zu zeigen, durch eine Knickung auf dem Übergange zwischen dem Corpus und dem Collum nach vorn und unten zeigte. Die

Patientin bekam dadurch wieder das Gefühl des Herabsinkens, obgleich der Uterus noch am Platze lag. Dies läßt sich in zwei Weisen vermeiden, entweder durch das Amputieren des Collums oder indem man die Blase seitwärts von der Cervix ablöst. Es befinden sich dort gefäßreiche Partien, weshalb es erforderlich ist, nach beiden Seiten hin zu unterbinden.

B. zweifelt nicht daran, daß es im Laufe der Jahre gelingen wird, die Resultate noch weiter zu verbessern, besonders bezüglich der noch ziemlich großen Sterblichkeit. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Kaarsberg, I., und M. Seedorff: Der Genitalprolaps mit besonderer Rücksichtnahme auf das Resultat der Behandlung. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli—2. Aug. 1913.

Nach einer kurzen historischen Einleitung, in welcher K. und S. sich in der Hauptsache als Anhänger der Halban - Tandlerschen Auffassung des Prolapses als einer Hernie erklären, indem sie jedoch in Übereinstimmung mit Martin dem Bindegewebe eine etwas größere Rolle beimessen als die beiden Verfasser, unterbreiten sie ihr Material, das von der Lucasstiftung herrührt.

Im ganzen sind im Zeitraume von 1897—1912 299 Patienten operiert worden; von 292 derselben ist es gelungen, näheres festzustellen. Von diesen sind drei später gestorben. Die übrigen verteilen sich nun in folgender Weise auf die verschiedenen Operationsmethoden: Schauta-Wertheim: 44 mal, 7 Rückfälle, alle partiell; Vaginofixierung und Plastik: 7 mal, 0 Rückfälle; Kolporaphie und Kolpoperineoraphie oder Kolporaphia anterior: 126 mal mit 27 Rückfällen; Kolpoperineoraphie (inkomplette Ruptur): 54 mal mit 4 Rückfällen; Tait oder Watkins Methode bei kompletter Ruptur: 27 mal, 1 unverändert, 3 mangelhafte Kontinenz; Vaginalplastik und Antefixation durch Laparotomie: 20 mal mit 1 Rückfall; Uterusexstirpation und Plastik: 11 mal, 4 Rückfälle.

Bei der Schauta - Wertheimschen Operation ist in keinem Falle Rückfall mit Cystocele eingetreten; in allen Fällen handelte es sich im wesentlichen um eine Collumhypertrophie. Was die angewandte Technik betrifft, so wird jetzt seit 1907 eine ausgedehnte Lösung der Blase vorgenommen, wie auch eine hohe Kolpoperineoraphie mit Levatorsutur. Bei den Ventrofixationen ist fast ausschließlich die Olshausensche Methode zur Verwendung gekommen. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Hartmann: Pessarbehandlung. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. August 1913.

Hartmann berichtet über die Pessarbehandlung an der gynäkologischen Poliklinik des Reichshospitals. Operative Behandlung wird weitmöglichst durchgeführt. Die Wirkung der ringförmigen Pessare ist mangelhaft, da sie sich auf die Hochkante stellen und die Cystocele vor sie her herabgleitet; möglicherweise wirken sie auch dilatierend auf den Hiatus. Die quergestellten Pessare, welche durch einen Zapfen (Menge, Rosenfeld) in ihrer Stellung gehalten werden, sind vorzuziehen. Die Aufgabe des Zapfens ist, das Pessar derartig zu fixieren, daß es nicht herausgleiten kann, der Zapfen selbst stützt sich nur selten auf die Weichteile. Mit dem Pessar sind alle Formen behandelt worden, von den kleinsten bis zu den größten Totalprolapsen. Er bespricht darauf die Veränderungen des Beckenbodens, welche für die Prolapsbehandlung von Bedeutung sind. Ein gewisser Grad von Suffizienz ist notwendig, um dem Pessar die erforderliche Stütze zu geben, da es auf dem Beckenboden ruhen soll. Subjektives Wohlbefinden kann fast immer durch das Einlegen des Pessars erreicht werden, dagegen findet keine vollkommene Reposition der Teile statt. Die zapfenförmigen quergestellten Pessare wirken immer besser als die gewöhnlichen runden Ringe, die sich der Länge nach stellen. Trotzdem es widersprechend ist, wird man oft in der Lage sein, eine Rectocele sehr wesentlich zu verkleinern, indem die quergestellten Ringe die hintere Vaginalwand nach oben ziehen. Bei Pessarbehandlung muß immer vorsichtig vorgegangen werden. Es ist notwendig, in passenden Zwischenräumen (2—3 Monate) die Pessare zu wechseln; Ausspülungen müssen täglich vorgenommen werden. Von Gummiringen wurde nie Druck bemerkt, dagegen eine starke Kolpitis; die quergestellten Ebonitpessare können wenn auch selten eine oberflächliche Usur hervorrufen. Die Pessarbehandlung soll jedoch immer ein Notbehelf sein; muß ein Pessar angewendet werden,

so empfehlen sich die zapfenförmigen (Menge, Rosenfeld) dagegen nicht die mit scharfen Kanten. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Taylor, Howard Canning: Conservatism in gynecology. (Konservative Gynaekologie.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 28—35. 1913.

In der Gynaekologie sind verstümmelnde Operationen noch häufig; Verf. betont, daß man auch hier mehr konservativ vorzugehen hat. Akute eitrige Tubenentzündungen sollen nie sofort durch Laparotomie angegangen werden, vor allem bei jugendlichen Individuen. Zunächst ist Drainage durch das hintere Scheidengewölbe angezeigt; später kann dann, je nach dem Einzelfalle, eine radikale oder konservative Operation angeschlossen werden. Ist eine Tube allein erkrankt, so wird dieselbe radikal entfernt. Ovarialresektionen mit Naht sollen nicht gemacht werden; sie führen zu Cystenbildung. Gewöhnlich werden die Ovarien nur bei älteren Individuen, wenn schon eine Uterusexstirpation vorangegangen, entfernt, wenn sie Beschwerden machen. Sind die Adnexe wegen Entzündung entfernt, so hat die Erhaltung des Uterus keinen Zweck, zumal er in den meisten Fällen die Quelle der Infektion ist. Bei Myomen älterer Frauen, nahe der Menopause, wird die supravaginale Uterusexstirpation gemacht, bei jüngeren Frauen sind weitgehende konservative Eingriffe am Platze. *Rittershaus* (Coburg).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Govaerts, Paul: Recherches sur la structure de l'ovaire des insectes, la différenciation de l'ovocyte et sa période d'accroissement. (Untersuchungen am Ovarium der Insekten und der Differenzierung und Wachstumsperiode des Ovozyten.) (*Inst. d'anat., univ. Bruxelles.*) Arch. de biol. Bd. **28**, Nr. 3, S. 347—445. 1913.

Die Entwicklung der ovariellen Zellen variiert bei den verschiedenen Insektenarten beträchtlich. Die minutiösen Untersuchungen des Verfassers für die von der Brüsseler Universität preisgekrönte Arbeit ergaben als sichere Tatsache bei den Dytisciden (Schwimmkäfern) eine Reihe von einfachen Multiplikationsteilungen und darauf eine Folge von Differenzierungsteilungen der indifferenten Oogonien in Ovocyten und in vitellogene Zellen. Diesem Vorgang geht die Polarität der Mutterzelle und die Einstellung der Mitosenachse perpendikulär zu dieser Polarität vorauf. Das Wachstum der Keimzelle hängt von ihrem eigenen Cytoplasma, von den Nährzellen und von den Follikelzellen ab. *Weishaupt* (Berlin).

Hirt: Stielgedrehter, linkseitiger Ovarialtumor. (Med. Ges., Magdeburg, 10. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1744. 1913.

44 jährige Frau. Stieldrehung nach Anamnese vor 14 Tagen erfolgt. Laparotomie. Reichlich kindskopfgroßer, cystischer Tumor, mit Darmschlingen und vorderer Bauchwand verwachsen. Stiel um etwa 270° gedreht. In der Umgegend fibrinöse Beläge. Beginnende Nekrose des Tumors. Exstirpation beider Adnexe. Glatte Rekonvaleszenz. Noch in Behandlung. *Runge.*

Boldt: Fibrocystic tumor of the right ovary with twisted pedicle. Peritonitis. (Fibrocystischer Tumor des rechten Ovariums mit gedrehtem Stiel. Peritonitis.) New York obstetr. soc., meet. 11. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 100—101. 1913.

Eine 42jährige Patientin mit Schmerzen im unteren Teil des Abdomens, starker Obstipation und augenscheinlich gleichzeitiger Peritonitis wurde unter der Diagnose von Obstructio intest. in die Klinik gebracht. Bei der Untersuchung und darauffolgenden Eröffnung des Abdomens fand sich im rechten Ovar. ein Tumor, dessen eines, im unteren Teil gelegenes Drittel feste Beschaffenheit hatte, während sich die oberen zwei Drittel als eine bloße Cyste herausstellten. Der Tumor hatte sich $2^1/_2$mal um seinen Stiel gedreht, der Inhalt der Cyste war schwarzgefärbt. In 3stündiger Operation wurde der Uterus mit Carcinom der Cervix vermittels abdomineller Hysterektomie entfernt. Am Abend des 2. Tages post op. erfolgte Exitus. *Burk.*

Bauchorgane:

Barker, Arthur E.: Three cases of solid tumours of the umbilicus in adults. (Drei Fälle von soliden Tumoren der Nabelgegend bei Erwachsenen.) Lancet Bd. **185**, Nr. 4690, S. 128—130. 1913.

Während der Nabel bei Kindern häufig den Sitz krankhafter Veränderungen, wie Papillomen, Fisteln, Urachuscysten usw. bildet, sind dergleichen Affektionen, namentlich aber

solide Tumoren bei Erwachsenen selten anzutreffen. Barker hat in 3 Fällen solide Tumoren der Nabelgegend angetroffen, von denen jeder eine andere Ätiologie besaß. Da die Diagnose solcher Tumoren nicht immer leicht ist, so informierte sich B. eingehend in der Literatur. Als ätiologische Momente nennt er: 1. Durchwachsende maligne Neubildungen des Darmes, 2. abgeschilferte Epithelien und Cholesteatombildungen in einem kongenital entstandenen Hohlraum, 3. Atherome, 4. Adenome der Schweißdrüsen, 5. Adenome, ausgehend von den Überresten des Canalis vitellinus, 6. Calculi in den Überresten des Urachus, 7. maligne Tumoren, ausgehend von ektodermalen Gebilden und von Überresten des Canalis vitellinus, 8. Adenome, die teils die letztgenannten, teils Schweißdrüsen als Matrix besitzen (Ehrlich), 9. Fremdkörper und durch sie hervorgerufene entzündliche Tumoren, 10. metastatische Tumoren. Von den Fällen, die B. mitteilt, handelte es sich im ersten um einen 37jährigen Mann, bei dem links und unterhalb des Nabels ein deutlicher Tumor prominierte. Palpatorisch erwies er sich mit dem M. rectus verbacken. In einer von einer vor $^3/_4$ Jahren vorgenommenen Probeincision herrührenden Narbe restierte eine Fistel. B. machte eine große ovaläre Excision der Bauchwand und fand, daß ein Tumor des Kolons vorlag, der die Bauchwand durchwachsen hatte. Aus diesem Grunde wurde eine ausgiebige Resektion des Kolons und der Bauchwand vorgenommen. Der Patient wurde nach einigen Monaten als geheilt entlassen. Gegenwärtig — 3 Jahre nach der Operation — ist er bei bestem Wohlbefinden und geht seinem Beruf wie früher nach. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als ein Carcinom. — Der zweite Fall betrifft einen 38jährigen Mann, der 8 Wochen an dumpfem Schmerz links und unterhalb des Nabels litt. Seit 3 Wochen bestand eine Fistel, die Eiter entleerte. Palpatorisch ließ sich ein gut handtellergroßer Tumor nachweisen. Da B. den Verdacht hegte, es möchte sich wiederum um ein durchwucherndes Koloncarcinom handeln, ging er in der gleichen Weise wie beim ersten Fall vor. Der Tumor erwies sich jedoch als entzündliche Geschwulst; sie bestand aus narbigem Bindegewebe und enthielt ein taubeneigroßes Cholesteatom. — Im dritten Fall handelte es sich um eine 37jährige Frau, die eine kleine, knollenartige Geschwulst am Nabel bemerkte. Die Untersuchung ergab eine gut haselnußgroße, weiche, dunkel verfärbte Geschwulst, die makroskopisch einem Melanosarkom ähnelte. Die Operation bestand in einer ovalären Excision der Bauchwand mit Einschluß des Peritoneums. Das mikroskopische Bild des Tumors sprach am meisten für ein Adenom, ausgehend von den Überresten des Canalis vitellinus. Im Januar 1913 stellte sich die Patientin wieder vor. Sie hatte eine ähnliche Geschwulst in der Gegend der linken Spina iliaca ant. sup. Die Geschwulst wurde wieder excidiert; mikroskopisch zeigte sie die nämliche Struktur wie die erste. — B. fügt noch die Krankengeschichte eines 14jährigen Patienten an, bei dem ein großer, offenbar entzündlicher Tumor im rechten unteren Quadranten des Abdomens bestand. Auf Wärmeapplikation kam es in der Nabelgegend zur Abscedierung. Eine Röntgenaufnahme zeigte eine Nadel in der Gegend des Coecums. B. ging operativ vor wie bei einer Appendicitis. Die Nadel wurde während des Eingriffes zwar nicht gefunden, stieß sich jedoch nach 3 Wochen spontan durch die Haut ab. B. glaubt, daß es sich um einen der seltenen Fälle handelt, in dem sich ein perityphlitischer Absceß — in diesem Fall hervorgebracht durch die Nadel — nach außen entleerte. *Saxinger* (München).CH

Valentin, Bruno: Experimentelle Untersuchungen zur freien Fascientransplantation. (*Städt. Rudolf-Virchow-Krankenh., Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 31, S. 1505. 1913.

Valentin hat das Schicksal transplantierter Gewebe im Tierversuch verfolgt. Er nahm Fascia lata, die er in der Bauchhöhle an Stelle künstlich gesetzter Peritonealdefekte einheilen ließ. Die histologische Untersuchung ergibt in den ersten Tagen Auflockerung, Ödem, Leukocyteninfiltration und Kernvermehrung des implantierten Stückes. Die Erscheinungen gehen zurück und die eingeheilte Fascie zeigt das gleiche mikroskopische Bild, wie früher. Noch nach 300 Tagen war die Fascie vollkommen geheilt. V. hat hierdurch bewiesen, daß völliges Einheilen der Fascie erfolgt und nicht langsame Nekrose mit nachfolgendem Ersatz des implantierten Stückes durch Bindegewebe. *Henrich* (Bochum).

Crosti, Franco: Per evitare recidive nella cura radicale dell'ernia crurale. (Vermeiden von Rezidiven nach der Operation des Schenkelbruchs.) Osp. magg. Milano Jg. 1, Nr. 1, S. 24—28. 1913.

Verf. bemerkte bei der Operation sehr großer Schenkelbrüche, daß die Schenkelarterie und Schenkelvene sich nach außen verschoben hatten. Nach seiner Ansicht beruht dieses auf einer Lockerung der Fascia ileo-pectinea, welche ihrerseits wiederum durch den Zug und Druck großer Brüche hervorgerufen wird. Diese Lockerung der Fascia ileo-pectinea, welche bei großen Schenkelbrüchen und namentlich bei alten Leuten vorkommt, bietet durch das Nachaußenweichen der Schenkelgefäße nicht

allein mehr Raum für den durchtretenden Bruch, sondern gibt auch Veranlassung für Rückfälle nach Schenkelbruchoperationen. Crosti verbindet deswegen bei großen Schenkelbrüchen die eigentliche Bruchoperation mit einer Verstärkung der Fascia ileo-pectinea, indem er sie stumpf nach außen von der Arteria femoralis freilegt und sie dann mit einigen Seidennähten an den hinteren Bogen des Schenkelmantels annäht. Zu diesem Zwecke verlängert er den parallel und unterhalb des Leistenbandes für die Bruchoperation angelegten Schnitt etwas nach außen und führt dann, nachdem er den Bruchsackhals abgebunden hat, die Verstärkung der genannten Fascie aus, um zum Schluß noch die Bruchpforte plastisch zu verschließen. *Herhold.*CH

Témoin, De l'emploi de l'éther dans les infections péritonéales. (Über den Gebrauch des Äthers bei Infektionen des Peritoneums.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 18, S. 766—777. 1913.

Témoin hält den Gebrauch des Äthers für überflüssig bei allen diffusen Peritonitiden, wo die Eröffnung der Bauchhöhle, die Entfernung des Eiters und seiner Quelle, ehe die Infektion das Peritoneum überschritten hat und Allgemeininfektion geworden ist, genügt. Dagegen schreibt er, gestützt auf zwei überraschende Erfolge, dem Äther eine gute desinfizierende Wirkung zu, wenn im Verlauf eines Darmverschlusses der Darminhalt in die Bauchhöhle sich ergießt, oder wenn während einer Operation ein abgekapselter, mit septischem Inhalt gefüllter Sack in die Bauchhöhle platzt. Er ist dann auch dazu übergegangen, bei Operationen von appendicitischen Abscessen nach Entfernung des Eiters und Wurmfortsatzes die entzündeten Partien mit Äther zu begießen und glaubt, daß seither der Heilungsverlauf glatter ist.

In der Diskussion berichtet Morestin über seine Indikationen zum Gebrauch des Äthers. Er benutzt ihn sowohl bei diffuser Peritonitis wie zur Verhütung der Ausbreitung einer Infektion von einem lokalen Herd in der Bauchhöhle und zur Verhinderung einer Infektion nach schwierigen und langdauernden Eingriffen (Pyosalpinxoperationen). Nach gründlicher trockener Reinigung des Peritoneums berieselt er ausgiebig die verdächtigen Stellen mit Äther und läßt dann eine gewisse Menge Äther (bis zu 100 ccm) in die Bauchhöhle fließen. Letztere wird dann mit oder ohne Drainage geschlossen. Der in die Bauchhöhle eingeschlossene Äther wird nur allmählich resorbiert. Er wirkt nicht nur als Antisepticum, sondern auch als Tonicum für Herz und Nervensystem und bewirkt wahrscheinlich eine günstige Hyperämie der Darmserosa. Vor allem wirkt er aber noch nach als leichtes Narkoticum und erleichtert den Operierten die ersten Stunden nach der Operation. Auvray und Couligoux waren ebenfalls über die günstige Wirkung des Äthers überrascht. Delbet hat keine Erfahrungen über den Äther. Er warnt aber vor der Benützung des Alkohols. Seine Versuchstiere, denen er Alkohol in die Bauchhöhle gegossen hatte, starben in wenigen Minuten. *Jung* (Straßburg).CH

Nyulasy, Arthur J.: Intestinal drainage in peritonitis. (Intestinale Drainage bei Peritonitis.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 97, S. 1051—1053. 1913.

Nyulasy betont den Wert frühzeitiger und systematisch angewendeter Enterostomie bei akuter allgemeiner Peritonitis sowohl, wie bei Fällen von Darmparese als Folge begrenzter Peritonitiden. Mitteilung einer Reihe so behandelter Fälle aus des Verf. gynaekologischer Praxis. *Draudt* (Darmstadt).CH

Härtel, Fritz: Die tuberkulöse Peritonitis. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. **6**, S. 370—409. Berlin, Springer 1913.

Verf. orientiert den Leser auf Grund der neuen Literatur möglichst objektiv (Verzeichnis von 191 Nummern) über die Meinungen, welche über die Entstehung, die Häufigkeit und die Prognose der genannten Erkrankung ausgesprochen worden sind. Der größte Teil des über 30 Seiten langen Aufsatzes ist der Frage gewidmet, wie die Bauchfelltuberkulose behandelt wird, und ob das Verfahren ein chirurgisches oder ein nichtchirurgisches, sog. konservatives sein soll. Des Verf. eigene Meinung lautet: S. 400: „Uns scheint es, daß die Laparotomie den Patienten zumeist sehr wohl einen bedeutenden Vorsprung gegenüber den anders behandelten Fällen verschafft; doch verlieren sie, je länger die Beobachtungszeit ist, um so mehr diesen Vorsprung und stellen sich damit den anderen in der Prognose wieder gleich. Jedenfalls ist nach der Laparotomie eine genügend lang ausgedehnte, sorgfältige, möglichst in Sanatorien zu absolvierende interne Nachbehandlung durchzuführen, eine Forderung, die allerdings an sozialen

Bedenken vielfach scheitern muß." Diese vermittelnde Meinungsäußerung kennzeichnet diesen mehr sammelnden als scheidenden, aber knappen und übersichtlichen Bericht. *Iselin* (Basel).CH

Cantilena, A.: Due casi di peritonite tubercolare trattati con la elioterapia. (Zwei Fälle von tuberkulöser Bauchfellentzündung mit der Heliotherapie behandelt.) (*Clin. pediatr., univ. Bologna.*) Pediatria Jg. **21**, Nr. 5, S. 340—353. 1913.

Bei der sechsjährigen Pat. mit starkem Ascites wurde die Laparotomie gemacht, nach 14 Tagen hatte sich die Flüssigkeit wieder angesammelt, desgleichen nach einer Bauchpunktion und nach der Talmaschen Operation. Mit dem Einsetzen der Sonnenbehandlung konnte ein rasches Abnehmen des Exsudats konstatiert werden; nach 17 Sitzungen war dasselbe völlig verschwunden und die Pat. geheilt. Bei der zweiten elfjährigen Pat., die ein starkes Exsudat aufwies, wurde gleich die Sonnenbehandlung angewandt. Nach 23 Sitzungen von Sonnenbestrahlung war das Exsudat verschwunden. *Monnier* (Zürich).CH

Hadley, F. A.: Gastroptosis. (Gastroptose.) Austral. med. gaz. Bd. **33**, Nr. 24, S. 565—568. 1913.

Verf. berichtet über Operation bei einer 31 jährigen Patientin, die seit 16 Jahren allmorgendlich erbrach und durch Operation (Raffung des Lig. hepatogastricum) geheilt wurde. *Burckhardt* (Berlin).CH

Barrett, J. H. P. Boyd: Some surgical diseases of the abdomen in children. (Einige chirurgische Erkrankungen des Abdomens im Kindesalter.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 1, S. 65—78. 1913.

Darmokklusion wird im Kindesalter hervorgerufen durch ein Meckelsches Divertikel (2—4%), durch Adhäsionen infolge tuberkulöser Peritonitis, wobei die Diagnose keine Schwierigkeiten macht, durch Appendicitis und Invagination. Die Appendicitis tritt selten vor dem 5. Lebensjahre auf. Die höhere Mortalität derselben im Kindesalter (nach einer Statistik von Isaac Wood aus 6 Kliniken bei Erwachsenen 2,9%, bei Kindern 19,23%) ist im wesentlichen bedingt durch die Schwierigkeit der Diagnose und infolgedessen die Seltenheit der Intervalloperationen. Es muß also auch hier eine Frühdiagnose und Frühoperation erstrebt werden. Die Invagination ist hauptsächlich eine Krankheit des frühesten Kindesalters. Weitaus die Mehrzahl betreffen Kinder unter einem Jahre. Hauptsächlich wird die Regio sacroiliaca betroffen. Das Hauptcharakteristicum für das Bestehen einer Invagination neben Erbrechen, kolikartigen Schmerzen, Abgang von blutigschleimigem Sekret ist die Anwesenheit eines Tumors (Rectaluntersuchung). Die chirurgische Behandlung hat in der Laparotomie und Desinvagination zu bestehen. Ist diese nicht möglich, so kommt Anlegung eines Anus praeternaturalis, Resektion und Ausschaltung durch Enteroanastomosen in Betracht. — Unter den Tumoren des Abdomens nehmen, abgesehen von seltenen malignen Geschwülsten der Leber, die der Nieren die erste Stelle ein. Cystische Degeneration der Niere, kongenitale Hydronephrose und Sarkom der Niere kommen hauptsächlich in Betracht. Ferner sind Ovarial- (meist Dermoide), Netz- und Mesenterialcysten beobachtet worden, auch solche des Ligamentum latum und in der Nachbarschaft des Nabels. *Stettiner* (Berlin).CH

Nobel, Edmund, Ein Fall von intestinalem Infantilismus (Herter). (*Klin. von Prof. v. Pirquet.*) (Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sekt., Sitz. 29. V. 1913.) Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien Jg. **12**, Nr. 8, S. 115—116. 1913.

Ein $5^1/_2$jähriger schwer rachitischer Knabe von Geburt an bis 3. Jahr an therapeutisch schwer beeinflußbarem Magen-Darmkatarrh leidend, in seiner Größe den Eindruck eines etwa $1^1/_2$ Jahre alten Kindes machend. Die Verkalkung der Knochenkerne entspricht im Röntgenbilde ungefähr der eines einjährigen Kindes. Starke Vergrößerung des Abdomens mit mäßig freier Flüssigkeit. Es wird fast jede Nahrung erbrochen. Das Aussehen der Stühle wechselt, ist öfter gut und fest, häufig dyspeptisch, breiig, von graugelber Farbe, sehr übelriechend. Nach Probefrühstück sehr reichlicher Rückstand, ziemlich unverdaut, ohne nachweisbare freie oder gebundene Salzsäure. Reine Frauenmilchnahrung scheint leichte Besserung zu bringen. *Heuch* (Ludwigshafen).

Zenoni, Costanzo: Situs viscerum inversus totalis. (Situs viscerum inversus totalis.) (*Osp. magg., Milano.*) Osp. magg. Milano Jg. **1**, Nr. 3/4, S. 236—238. 1913.

Bei einer 25jährigen Frau, die an Wochenbettfieber verstorben war, wurde gelegentlich der Autopsie die in der Überschrift bezeichnete Anormalität festgestellt. Die Milz und der Magengrund lagen rechts, die Leber und der Blinddarm links, der Zwölffingerdarm und der Kopf der Bauchspeicheldrüse ebenfalls links, die Flexura sigmoidea rechts. Die große Hohlvene stieg an der linken Seite der Wirbelsäule in die Höhe, das Herz mit dem Aortenbogen, sowie die absteigende Aorta lagen rechts von der Wirbelsäule, die linke Lunge hatte 3, die

rechte 2 Lappen. Verf. erörtert die bisher bekannt gewordenen Theorien über die Entstehung des Situs inversus, er kommt zu dem Schlusse, daß dieser ein Fehler ist, welcher auf eine anormale Entwicklung des Foetus zurückzuführen ist. Jedoch ist dieser Fehler nicht auf die Periode zurückzuführen, welche der allgemeinen Bildung der Organe vorhergeht, sondern es handelt sich um eine sekundäre Anomalie, die in einer Abweichung der Eingeweide von der normalen Achse besteht und die keine Entwicklungshemmung oder Mißbildung darstellt.

*Herhold.*CH

Triboulet et Debré: Tuberculose intestinale et mésentérique sans localisations thoraciques chez un nourrisson. (Darm- und Mesenterial-Tuberkulose ohne Lokalisation im Thorax bei einem Säugling.) Pédiatr. prat. Jg. **11**, Nr. 20, S. 359—362. 1913.

Obduktionsbefund eines 2jährigen Kindes, bei welchem die Brusteingeweide vollständig gesund sich erwiesen, während im Bauchraum nicht nur die Lymphdrüsen, sondern auch die Därme sich als tuberkulös erkrankt erwiesen. *Hannes* (Breslau).

Bauereisen: Über Ileus und Fremdkörper. (Med. Ges. Kiel, Sitz. 5. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1741. 1913.

28 jährige Nullipara, anderwärts vor 3 Jahren wegen Adnexerkrankung operiert. Fieberhafte Rekonvaleszenz und sekundäre Wundheilung. Seit dieser Operation jährlich einmal Kolikanfall. Diagnose: Ileus. Operation: 3 Dünndarmschlingen sind an einem apfelgroßen, eitrigen Tumor adhärent und stranguliert. Lösung der Schlingen und Exstirpation des Tumors, der ein von eingedicktem Eiter umgebendes Gazetuch enthält. Eiter steril. Sekundäre Heilung der Bauchwunde infolge Coliinfektion. Hinweis auf die Prophylaxe der Zurücklassung von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. *Runge* (Berlin).

Gelinsky: Zur Technik der Magen- und Dickdarmresektionen. (*Kgl. Charité, Berlin.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 19, S. 713—720. 1913.

Gelinsky hat an der Payrschen Quetschzange eine Modifikation angebracht, die einen einfachen und aseptischen Nahtverschluß des betreffenden Hohlorganes ermöglicht. Die Branchen des Instrumentes sind „auf der einen Hälfte in ihrer ganzen Länge abgeschliffen, so daß sich beim Schluß nur die Hälften der Branchen berühren und nach der anderen Seite die Branchen auseinanderweichen.“ Außerdem sind die Branchen in den abgeschliffenen Hälften von einer Reihe von Löchern durchbohrt. Beim Schluß der Zange muß die Schleimhaut infolge des keilförmigen Ausschnittes der Branchen zurückgedrängt werden, und die Serosablätter kommen unfehlbar aufeinander zu liegen. Durch die Löcher der Branchen werden Knopfnähte gelegt, die nach Abnahme der Zange geknüpft werden. Die Naht verläuft auf diese Weise ohne Blutung, aseptisch und ohne Zerquetschung der Serosa. Die Zange kann auch als Doppelquetsche, z. B. bei Pylorusausschaltung verwandt werden. *Propping.*CH

Beede, S. C., Operative technic in intussusception. (Operative Technik bei Invagination.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 6, S. 208—210. 1913.

Da die Invagination verhältnismäßig häufig decrepide Kinder betrifft, muß die Operation möglichst frühzeitig begonnen und möglichst rasch erledigt werden. Rezidive müssen durch Fixation verhütet werden. Deshalb schließt Beede, wenn die Desinvagination gelang, eine Appendicostomie an, die gleichzeitig Kotstauung verhindert. Läßt sich die Invagination nicht zurückbringen, so vereinigt er an der Eintrittsstelle das Invaginatum mit dem darübergestülpten Darm durch Nähte, macht in letzteren eine Incision etwa 1 Zoll von der Nahtstelle, zieht das invaginierte Darmstück hier heraus und reseziert es; bis auf eine Gummidrainöffnung wird dann die Incision wieder geschlossen, aber an der Bauchwunde befestigt und das Drain (Katheter) hier herausgeleitet. Selbstredend gibt es Fälle, die nach einer der gewöhnlichen Methoden im ganzen reseziert werden müssen. *Draudt* (Darmstadt).CH

Savariaud, M.: L'invagination intestinale chez l'enfant et son traitement médico-chirurgical. (Die Invagination im Kindesalter und ihre interne und chirurgische Behandlung.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 25, S. 386—388. 1913.

Wenn auch die Invagination in Frankreich infolge Rasseneigentümlichkeit (kürzeres, weniger bewegliches Mesenterium) und andersartiger Ernährung seltener ist, als bei den angelsächsischen Nationen, ist sie doch auch häufiger als im allgemeinen angenommen wird. Auch im Säuglingsalter tritt sie auf. Schwierig ist die Diagnose. Schmerzhafte Koliken, Abgang von blutigem Schleim (Cruveilhier), Bauchreliefwirkung bei mehr oder weniger ausgesprochenen Ileuserscheinungen sind charakteristisch. Indessen kann das eine oder andere Symptom fehlen. Ferner muß man zwischen den akuten und mehr chronisch verlaufenden Formen unterscheiden. Spontanheilungen, bestehend in spontaner Desinvagination innerhalb der ersten

Stunden, kommen vor. Auch spontane Abstoßung des Invaginatums und Entleerung per anum kann vorkommen, darf aber nicht abgewartet werden. Bei der schlechten Prognose, welche die Operation gibt, ist stets eine Lösung der Invagination mit hohen Eingießungen zu erwarten, welche Verf. auch in einigen Fällen geglückt ist. Bei tiefsitzenden Invaginationen kann man auch die Einführung einer halbweichen Sonde per anum versuchen. In allen anderen Fällen ist die Laparotomie und manuelle Desinvagination bzw. Darmresektion auszuführen. *Stettiner.*[CH]

Schlesinger, E. G.: Intestinal stasis. (Darmstase.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 1, S. 14—16. 1913.

Die letzte Ursache der Darmstase ist hauptsächlich die aufrechte Stellung des Menschen. Dadurch haben die Därme die Neigung, nach unten zu sinken, und üben vermöge ihres Gewichtes einen stärkeren Zug auf gewisse Teile der Aufhängevorrichtungen aus. An diesen Punkten bilden sich eben durch diese größere Beanspruchung Bänder, die in gewissem Sinne physiologisch, aber doch leicht aus mechanischen Gründen die Ursache von Verschlußerscheinungen bilden können. Derartige Stellen sind die Flexura duodenojejunalis, der Übergang von Dünn- in Dickdarm (Jacksonsche Membran und Lanesche Schleife), die Flexura hepatica und lienalis, die Flexura sigmoidea. Klinisch sind 4 Gruppen der Darmstase zu unterscheiden: 1. Die mit Verstopfung verlaufende, meist bei Männern, gewöhnlich mit Duodenalgeschwür, Magentumor, nervöser Dyspepsie verwechselt. Blutdruck hoch. Geringe Druckempfindlichkeit über dem Duodenum und in der Ileocöcalgegend. Röntgendurchleuchtung zeigt dilatiertes und hypertrophisches Duodenum. Erfolg der Ileosigmoidostomie ist überraschend. 2. Toxischer Typ, meist bei Frauen. Oft auch hochgradige Obstipation, doch im Vordergrunde Intoxikationserscheinungen: Depression und schlechtes Allgemeinbefinden, deutliche Pigmentierung, geringer Blutdruck. Fast beständiges, von der Nahrungsaufnahme unabhängiges Erbrechen. 3. Gemischte Formen, beiderlei Symptome aufweisend. 4. Endresultate sind sehr mannigfaltig, verlaufen mit Neuralgien, Gallensteinen, verschiedenen infektiösen Prozessen. Für die Entstehung aller dieser Folgeerscheinungen kommen 4 Faktoren in Betracht. 1. Rein mechanische Wirkungen, 2. Resorption von Toxinen, 3. Übergang von Bakterien in die Blutbahn, 4. chemische Einflüsse durch abnorme Wirkung der Drüsen ohne Ausführungsgang, sei es infolge Erkrankung der Drüsen selbst oder durch Fehlen der zur Sekretion nötigen Vorstoffe. *Wehl* (Celle).[CH]

Pauchet, Victor, La fistulisation caecale. (Appendicostomie et caecostomie.) (Die Anlegung einer Fistel am Coecum.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 21, S. 322 bis 325. 1913.

Wenn man eine Fistel am Blinddarm anlegen muß, wird man dieselbe gewöhnlich in Form einer Appendicostomie machen und nur, wenn der Appendix fehlt oder sich nicht vorziehen läßt, macht man eine Coecostomie an der vorderen Wand. Die Technik ist bei diesen Operationen folgende: Nach Eröffnung der Bauchhöhle sucht man den Appendix auf. Läßt sich derselbe ohne Knickung des Mesenteriolums vorziehen, so wird er an der Kuppe abgeschnitten und nach Einführung eines Katheters ins Coecum an der Bauchwand fixiert. Läßt er sich nicht vorziehen, so muß das Mesenteriolum partieweise abgetragen werden, bis dies gelingt. Doch ist es am zweckmäßigsten, einen Teil desselben ca. 1—2 cm breit zu belassen, wodurch eine gute Ernährung des Appendix garantiert wird. In diesen Fällen wird das Coecum an das Peritoneum parietale fixiert. Bei der Appendicostomie ist es am besten, den Appendix schief durch die Bauchwand zu leiten, weil die Fistel dann sicher kontinent ist. Bei der Coecostomie macht man eine Incision in das Coecum, führt einen Katheter ein, den man auch bis in den Dünndarm vorschieben kann, und stülpt dann durch eine dreifache Tabaksbeutelnaht die Öffnung des Darmes ein, wodurch eine Art Klappe gebildet wird, und die Fistel kontinent bleibt. Dann folgt die Naht des Coecums an die Bauchwand. Indikationen zur Anlegung einer Fistel am Coecum geben folgende Krankheiten: 1. Die chronische Kolitis, sobald Schmerzen, Störungen des Allgemeinbefindens, Abgang von Blut und Eiter oder Diarrhöen auftreten, und eine interne Behandlung ohne Erfolg geblieben ist. Auch wenn die Veränderungen nur im untersten Dickdarm bestehen, rät Verf. die Fistel am Blinddarm anzulegen. Die Erfolge sind ausgezeichnete, wenn nicht zu spät operiert wird. Es ist nur schwer, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann der Katheter weggelassen werden kann, worauf sich die Fistel meistens spontan schließt. 2. Entzündungen im untersten Dünndarme, besonders typhöse Geschwüre, wenn Gefahr der Perforation besteht und tuberkulöse, wenn Fieber, Eiterung und Diarrhöen auftreten. 3. Darmverschluß in allen Fällen, wenn das Hindernis im Dickdarm sitzt und der

schlechte Allgemeinzustand oder äußere Verhältnisse einen radikalen Eingriff nicht zulassen, der auch eventuell auf einen zweiten Akt verschoben werden kann. 4. Chronische Obstipation höheren Grades, wenn die interne Therapie versagt hat, bevor größere Eingriffe wie Ileosigmoideostomie oder Resektion des ganzen Dickdarms ausgeführt werden. 5. Peritonitis mit paralytischem Ileus, welche nicht zu stürmisch verläuft. 6. Nach Operationen am Dickdarme, um die Nahtstelle zu entlasten, besonders bei Invagination und Megakolon. 7. Kann die Coecumfistel als Ernährungsfistel angelegt werden, wenn eine Gastrostomie nicht möglich ist, die gefährliche Jejunostomie vermieden werden und Nahrung per os nicht genommen werden soll. Bei allen diesen Krankheiten wirkt die Fistel entlastend, indem sie den Abgang von Stuhl und Winden erleichtert; der Darm kann mit therapeutischen Einläufen behandelt werden, außerdem können Kochsalzlösung und Nahrungsmittel zur Hebung des Allgemeinzustandes in den Darm eingeführt werden. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Benjamin, Arthur E.: The co-relation of appendicitis, mucous colitis, and membranous pericolitis. (Die Wechselbeziehungen zwischen Appendicitis, Colitis mucosa und Pericolitis membranacea.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 14, S. 401—409. 1913.

Verf. sieht einen Hauptgrund späterer Appendicitis in öfteren Kolitiden in der Kindheit. Er glaubt, daß die Chirurgen sehr viel mehr ihr Augenmerk auf Erkrankungen in der Umgegend des Appendix (Pericolitis usw.) mit ihren Folgen (Verwachsungen, Stauungen, sekundäre Coliinfektionen) richten müssen. Auf sorgfältige Nachbehandlung der Kolitisfälle durch Ernährung, Kleidung und Gymnastik eventuell gepaart mit hohen Einläufen in Knieellenbogenlage legt Benjamin großes Gewicht zur Verhütung von Appendicitis. *Weißwange* (Dresden).

Neugebauer: L'exclusion de l'appendice. (Ausschaltung der Appendix.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. **26**, Nr. 6, S. 181—183. 1913.

Fall von F. Kofmann (Odessa): 14jähriger Knabe, im Intervall operiert. Appendix retrocöcal stark verwachsen. Zerquetschung derselben an der Basis, Verrsenkung des Cöcalstumpfes, Verschluß des peripheren Endes durch 2 Lambertnähte und Bedeckung mit Netz. Heilung. Krüger (Weimar) hält dagegen, daß nach der schwierigen Aufsuchung der Appendix die völlige Lösung derselben mit Vorsicht gelingen muß. Jenes Verfahren bedeute unnötige Komplikation und Gefahr. Krüger schlägt zur Auffindung der Appendix eine 2—3 cm lange Incision in das Peritoneum außerhalb des Coecum vor, durch die er das Kolon hineinbringt. — Autor meint ebenfalls, daß eine nach Kofmann ausgeschaltete Appendix bei Infektion die Nähte zerstören oder wenn aseptisch, sich cystisch umbilden und nach Sprengung des Verschlusses ein Pseudomyxom bilden, jedenfalls aber immer noch auf dem Wege der Blutbahn infiziert werden kann. — Fall von M. Neugebauer: 14jähriger Knabe, bei dem die infolge Gangrän abgetrennte Appendix zurückgelassen worden. Nach 5 Monaten großer intraperitonealer Absceß eröffnet. Nach 3 Wochen Entfernung der Appendix. *Mohr* (Berlin).

Delétrez, A.: Pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire. (Pseudomyxom des Bauchfells vom Wurmfortsatz ausgehend.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. **27**, Nr. 4, S. 341—346. 1913.

Erster Fall in der belgischen Literatur bei einer 58jährigen Frau, die unter der Annahme einer eitrigen Appendicitis mit Erfolg operiert wurde. Etwa 500 g gelatinöse Massen. Literatur. *zur Verth* (Kiel).CH

Bazin, Alfred T.: Tuberculous appendicitis. (Tuberkulöse Appendicitis.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 6, S. 484—490. 1913.

3 Fälle unter 1259 Appendektomien, also 0,16%. Zwei Typen ulcerös unf hyperplastisch. Der Appendektomie folgte bei tuberkulösem Wurmfortsatz besonders gern Fistelbildung. *zur Verth* (Kiel).CH

Battle, William H.: The black (pigmented) appendix. (Der schwarze [pigmentierte] Wurmfortsatz.) Lancet Bd. **185**, Nr. 4690, S. 135—136. 1913.

Verf. fand unter den von ihm entfernten Wurmfortsätzen 4 Fälle mit auffallend braunschwarzer oder tiefschwarzer Pigmentierung. Mikroskopisch zeigte sich das Pigment in und zwischen den Zellen der Schleimhaut abgelagert. Chemisch enthielt es Eisen. (Deutsche Literatur wird herangezogen.) *zur Verth* (Kiel).CH

Lesné, Edmond, et Lucien Dreyfus: De l'absorption au niveau du gros intestin. (Über Resorption im Bereiche des Dickdarms.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 18, S. 277—281. 1913.

Leicht werden im Rectum resorbiert: Wasser, Kochsalz und Traubenzucker. In

den Dickdarm eingeführtes Eiweiß wird nicht verdaut, Nährklistiere sind daher zum mindesten überflüssig. Heterogenes Eiweiß passiert, wenn auch in geringer Menge, die Dickdarmwand; dies ergibt sich aus der Möglichkeit, die Präcipitine im Blut nachzuweisen und auf rectalem Wege Anaphylaxie zu erreichen. Albuminoide Substanzen, also vor allem Bakterientoxine und Antitoxine, werden im Darm, sei es durch die Darmwand selbst, sei es durch Leber- oder Pankreaswirkung, zerstört (die Verff. stellten dies selbst in einer Versuchsreihe für das Tuberkulin fest). Daraus geht die Unwirksamkeit rectal eingeführter therapeutischer Sera hervor. Das gleiche ergibt sich aus Experimenten der Verff. für die Zerfallsprodukte der albuminoiden Substanzen. Darum glauben Lesné und Dreyfus nicht an die Möglichkeit einer Intoxikation vom Darme aus durch derartige Stoffe (wie Indol, Skatol usw.), solange die Darmwand sowie Leber- und Pankreasfunktion intakt sind. Dagegen konnten sie Vergiftung durch rectale Einfuhr einiger auch in den Faeces vorkommenden Fettsäuren erzielen (Butter-, Essig-, Milchsäure). Diese Säuren haben demnach eine Bedeutung für die „Darmintoxikation". Von Medikamenten werden Jod- und Bromkalium, Salicylsäure, Antipyrin ebenso rasch vom Dickdarm wie von Magen und Dünndarm aus resorbiert. Opium, Belladonna wirken vom Dickdarm aus rascher. Für das Adrenalin gelten besondere Verhältnisse: während es bei Einfuhr durch den Mund seine Giftigkeit verliert, entfaltet es nach rectaler Zuführung dieselbe Giftigkeit, wie nach subcutaner Injektion. *Jung* (Straßburg).CH

Cartolari, Enrico: Occlusione e volvolo dell' intestino determinati dagli ascaridi. (Darmverschluß und Darmvolvulus infolge von Ascaris lombricoides.) (*Osp. civ. di isola della Scala, Verona.*) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 73, S. 769—771. 1913.

Verf. zählt zunächst einige Fälle aus der Literatur auf, in welchen ein Konvolut verschlungener Spulwürmer völligen Darmverschluß hervorrief, so daß eine Operation notwendig wurde. Er schildert dann einen selbstbeobachteten Fall, in welchem ein 9jähriger Knabe an Erscheinungen von Darmverschluß schwer erkrankte. Nach Verordnung von warmen Leibkompressen und einiger decimilligr. Physostigmin kamen zunächst aus dem Munde 2 Spulwürmer und dann aus dem After 16 große, zu einem Knäuel verschlungene Spulwürmer, hiernach wurde der Darm plötzlich wieder durchgängig. Die Spulwürmer können auf verschiedene Art und Weise den Darmverschluß hervorrufen, sie verstopfen entweder durch Zusammenballen direkt die Lichtung des Darmes, was durch das Vorhandensein eines Divertikels oder einer Hernie begünstigt wird, oder sie rufen durch ihre reizende Wirkung auf die Darmschleimhaut einen Spasmus, eine Invagination oder endlich einen Volvulus hervor. Einen von ihm bei einem $7^1/_2$jährigen Knaben beobachteten derartigen Volvulus beschreibt Verf. zum Schluß, dieser Knabe ging sehr schnell unmittelbar nachdem er ins Krankenhaus gebracht war, unter den Erscheinungen einer Bauchfellentzündung zugrunde. Als Todesursache wurde bei der Obduktion ein Volvulus festgestellt, der durch zusammengeballte Spulwürmer hervorgerufen war. Durch ein etwas früheres Erkennen der Krankheit hätte der Knabe nach Cartolaris Ansicht gerettet werden können. *Herhold* (Hannover).CH

Maylard, A. Ernest, Abdominal incisions and intestinal anastomosis in the treatment of carcinoma of the colon. (Bauchschnitte und Darmanastomosen bei der Behandlung des Koloncarcinoms.) Glasgow med. journal Bd. **79**, Nr. **6**, S. 401—409. 1913.

Bei Tumoren oder Strikturen des Colon transversum wird der Einschnitt quer übers Abdomen, 1—2 Zoll über dem Nabel, gemacht, mit völliger Durchtrennung der Musc. recti. Beim Verschluß der Bauchwunde ist bloß auf eine exakte Naht der vorderen und hinteren Rectusscheide zu achten, um eine unnachgiebige Narbe zu erzielen. Bei Eingriffen an der Flexura hepatica oder lienalis empfiehlt sich ebenfalls eine quere Incision und zwar von der Mediane nach rechts, bzw. nach links. Sitzt das Hindernis am Colon ascendens oder descendens, wählt man am besten eine schräge Incision in der Iliacalgegend. Bei unbekanntem Sitze des Hindernisses gewähren Probeschnitte in der Mediane vom Nabel nach abwärts den besten Einblick. — Neben den bekannten Formen der Darmanastomose empfiehlt Verf. bei Kolonresektionen eine eigene Methode, die „Darmanastomose mit Invagination", eine end-to-side-Anastomose, bei der ein Stück des zuführenden Darmes durch eine seitliche Öffnung in das Lumen des abführenden Darmes eingepflanzt wird. *Kindl* (Kladno).CH

Pielsticker, Felix: Die Behandlung des Mastdarmvorfalls bei Kindern. (*Univ.-Kinderklin., Straßburg i. E.*) Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **12**, Nr. 3, S. 111 bis 116. 1913.

Verf. betont als das Wesentliche in der Ätiologie des Mastdarmvorfalls kleiner Kinder die neuropathische Konstitution und auf Grund dieser Anschauung lehnt er eingreifende Verfahren in der Behandlung ab. Eine größere Anzahl Kinder sind in der Straßburger Universitäts-Kinderklinik folgendermaßen mit Erfolg behandelt worden: Nach der Reposition des Vorfalls werden quer über die Nates ein oder mehrere schmale Leukoplaststreifen gezogen, die anfangs stärker, später locker gespannt und nach Beschmutzung gewechselt werden. Bei schwach entwickelten Gesäßbacken muß zwecks Kompression anfänglich eine Watterolle eingelegt werden. Hustenanfälle, Durchfall usw. sind entsprechend zu behandeln. Die Leukoplaststreifen sind nicht als ein mechanisches den Prolaps zurückhaltendes Moment, sondern als ein in das Bewußtsein des betreffenden Individuums tretendes psychisches Hindernis aufzufassen. Die Dauer der Behandlung ist entsprechend der großen graduellen Differenz zwischen einzelnen neuropathischen Konstitutionen sehr verschieden lang — von einer Woche bis mehrere Jahre. *Wagner* (Lübeck).

Routier: Kystes hydatiques du petit bassin. (Hydatidencysten des kleinen Beckens.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 25, S. 1039 bis 1043. 1913.

Krankengeschichte über 2 Fälle von Leberechinococcus mit metastatischen Cysten im kleinen Becken geheilt durch Operation. Die Cysten wurden zum Teil im ganzen entfernt, zum Teil eröffnet und nach Entleerung und Formolauswaschung wieder geschlossen. *Münnich.*CH

Reyher, Wolfgang v.: Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der akuten Pankreaserkrankungen. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38**, Nr. 11, S. 128—132. 1913.

Bericht zweier Fälle von akuter Pankreatitis, die mit richtiger Diagnose operiert und geheilt wurden. Bemerkenswert ist, daß in dem einen Fall das Pankreas hochgradig geschwollen und blutrot, aber nicht nekrotisch gefunden wurde. Dieses Stadium der Hyperämie scheint der Nekrose voranzugehen. v. Reyher empfiehlt möglichst frühzeitige Operation auch im Shock. *Moszkowicz* (Wien).CH

Hirt: Retroperitoneales Drüsensarkom. (Med. Ges., Magdeburg, 10. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1744. 1913.

39 jährige Frau; angeblich in 4 Wochen gewachsener Tumor. Dieser hängt mit dem Uterus zusammen und reicht bis fast zum Processus xiphoideus herauf. Laparotomie unter der Annahme eines doppelseitigen Ovarialcarcinoms. Retroperitonealer Tumor, zahlreiche Verwachsungen mit Dünndarmschlingen, Colon ascendens und descendens, Uterus, Blase und Wurmfortsatz. Ursprungsstelle: Gegend der Radix mesenterii. Exstirpation, Appendektomie. Im Verhältnis zur Schwere des Eingriffs glatte Rekonvalenszenz; noch in Behandlung. *Runge.*

Harnorgane:

Budde, Werner: Ein sehr frühes Stadium von Hufeisenniere. (*Anat. Inst., Univ. Bonn.*) Anat. Hefte Bd. **48**, Abt. 1, H. 2, S. 297—306. 1913.

Schilderung eines Falles von medianer Verwachsung der caudalen Teile beider Nachnierenblasteme bei einem 19 mm langen, etwa 6 Wochen alten menschlichen Embryo. Die Verwachsung erstreckt sich über einen Raum von etwas mehr als ein Drittel der gesamten Nierenanlage, keine Anomalien in der Gefäßversorgung. Die Blastemverwachsung muß spätestens bei Beginn der Drehung des Nierenbeckens aus der ventralen in die mediale Lage erfolgt sein. Die Disposition zur Verwachsung ist stets da, da die caudalen Enden zunächst auch ganz normalerweise einander bis fast zur Berührung genähert sind. *Hannes* (Breslau).

Chiray, Maurice, L'exploration fonctionelle des reins. (Funktionelle Nierendiagnostik.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10**, Nr. 56, S. 119—137 u. Nr. 57, S. 210—218. 1913.

Bei der physikalischen Untersuchung des Urins ist die Verteilung der Harnentleerung auf den Zeitraum von 24 Stunden zu berücksichtigen (Isurie, Anisurie, Apsiurie). Polyurie kann vorübergehend und dauernd sein. Die Ursachen der Polyurie, Oligurie und Anurie sind besonders zu beachten, ebenso Farbe, Geruch, spezifisches Gewicht und Gefrierpunkt des Harns. Die chemische Untersuchung des Urins beachtet die normalen und pathologischen Bestandteile, von den letzteren be-

sonders Eiweiß, Eiter und Blut. Der Unterschied zwischen Hämaturie und Hämoglobinurie wird ausführlich besprochen. Die mikroskopische Untersuchung erfolgt nach Sedimentierung des Harns. Die Untersuchung des Harns und der Nierentätigkeit nach Einverleibung von Methylenblau, Jodkalium, Phlorizin, Phenolsulfophthalein, Kochsalz. Das Phenolsulfophthalein wird besonders empfohlen (Injektion von 0,006), weil es nicht toxisch ist und vollkommen und unverändert durch die Nieren ausgeschieden wird. Normalerweise erscheint das Phenolsulfophthalein nach 5—15 Minuten, in der ersten Stunde werden 40—60%, in der zweiten 17% ausgeschieden, in 6—8 Stunden ist die Ausscheidung beendet. Bei der chronischen Nephritis ist die Ausscheidung stets verzögert. Die experimentelle Polyurie nach Albarran, die provokatorische Albuminurie nach Claude-Bernard werden als sehr zuverlässige Untersuchungsmethoden hingestellt. Die letzte Methode soll am einfachsten mit Hilfe hoher Einläufe ausführbar sein, mit denen das Eiweiß von 6 Eiern in den Darm eingeführt wird. Bei insuffizienten Nieren findet man dann nach 24 Stunden Spuren von Eiweiß im Harn (Spontan-Albuminurie müßte vorher ausgeschlossen sein). Bei der Untersuchung des Blutserums müssen Stickstoff- und Eiweißgehalt besonders beachtet werden. Normalerweise beträgt der Harnstoffgehalt des Serums 0,2 g pro Liter. Wenn die Menge 1,5—2,0 überschreitet, stirbt der Kranke im Verlaufe eines Jahres. Harnstoffmengen über 2 g geben eine infauste Prognose. Alle renalen Ödeme gehen mit einer Verminderung, alle kardialen Ödeme mit einer Steigerung des Bluteiweißes einher, in zweifelhaften Fällen kann daher die Eiweißbestimmung entscheiden, ob eine renale oder kardiale Affektion vorliegt. Die Untersuchung des getrennt aufgefangenen Urins beider Nieren besitzt vorwiegend chirurgisches Interesse. Dem Ureterenkatheterismus ist der Vorzug zu geben. Harnseparatoren kommen nur in Frage, wenn die Sondierung nicht möglich oder kontraindiziert ist. *Frangenheim* (Leipzig).[CH]

Baright, Herbert Edwin: A method of classification, diagnosis and therapy of kidney disorders, based on functional testing. (Eine Methode der Ordnung, Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten, die sich auf funktionelle Proben stützt.) Med. record Bd. **83**, Nr. 16, S. 699—704. 1913.

Die Untersuchungen auf Eiweiß und Formbestandteile verlieren ihren Wert für die spezielle Diagnose der Nierenerkrankungen, da sie bei allen gleichmäßig vorkommen; mehr Bedeutung besitzen Herz- und Zirkulationsstörungen, Anasarka und Störungen von Salzausscheidungen. Verf. empfiehlt daher eine Einteilung nach folgenden Gesichtspunkten: 1. Nephritis mit verzögerter Milchzuckerausscheidung. 2. Nephritis mit verzögerter Ausscheidung von Jodiden und Chloriden. 3. Nephritis mit verzögerter Ausscheidung von Harnstoff. Daneben gemischte Formen. Eine Tabelle zeigt, wie sich in diese Gruppen die klinischen Typen der vasculären, tubulären u. a. Nephritiden, die experimentellen Sublimat- oder Canthariden-nephritiden einreihen, und wie der Allgemeinzustand, Herz, Gefäße, Blutdruck, Ödeme, Wasserausscheidung, spezifisches Gewicht des Urins usw. bei diesen einzelnen Formen sich verhalten. Dazu kommen therapeutische Angaben für die verschiedenen Gruppen.

1. Die Milchzuckerprobe wird nach Ausschluß von Glykosurie durch intravenöse Injektion einer sterilen 1 proz. Milchzuckerlösung vorgenommen. Ist nach 4 Stunden die Zuckerausscheidung nicht beendet, so besteht Verzögerung der normalen Ausscheidung. 2. Jodprobe, bei Hyperthyroidismus nicht anzuwenden: Die Ausscheidung von $^1/_2$ g Jodkali, per os genommen, muß nach 40 Stunden beendet sein; Nachweis mit Stärkelösung, Schwefelsäure und Salpetersäure-Ringprobe. Zur Kochsalzprobe muß Wasser- und Salzein- und -ausfuhr genau festgestellt sein; eine Mehraufnahme von 10 g Salz in 1 l Wasser muß nach 24 Stunden völlig ausgeschieden sein. Nachweis mit Silbernitrat, Ammoniumsulphocyanat. 3. Harnstoffprobe: Stickstoffein- und -ausfuhr muß genau festgestellt sein, eine Mehraufnahme von 10 g Harnstoff per os muß normalerweise nach 24 Stunden eliminiert sein. (Nachweis nach Kjeldahl.) Die genaue Zusammensetzung der Reagenzien und die Anweisungen über die quantitative Bestimmung müssen im Original oder in einem chemischen Handbuch nachgelesen werden. Der Phenolsulphonphthalein-Methode wird mehr prognostischer als diagnostischer Wert zugesprochen. Verf. glaubt mit seinen Methoden eine frühere und exaktere

Diagnosenstellung der speziellen Formen der Nierenerkrankung und ein rationelleres Heilungsverfahren anbahnen zu können. *Hoffmann* (Dresden).[CH]

Cathelin, F.: Quelques notions indispensables pour qui veut comprendre la physio-pathologie chirurgicale des reins. (Einige für den Chirurgen zum Verständnis der Physio-Pathologie der Nieren wichtige Bemerkungen.) Médecin pratic. Jg. 9, Nr. 11, S. 165—167. 1913.

Der Uretherenkatheterismus kann eine reflektorische Polyurie und Anurie auslösen. Die Urethersonden sollen ungefähr 1 Stunde liegen bleiben. Von jeder Niere müssen wenigstens 3 Urinproben chemisch untersucht werden. Die Bestimmung des Harnstoffs und der Chloride auf ein Liter Urin berechnet, liefert nur Vergleichswerte. Ein Parallelismus zwischen Harnstoff- und Chlornatriumgehalt besteht nicht. Die Harnstoffmenge ist unabhängig von der gesamten Urinmenge. Niedrige Harnstoffwerte sind ein Zeichen der Niereninsuffizienz. Wenn eine Niere nur teilweise erkrankt ist, wird das restierende gesunde Parenchym dieser Niere ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen. In solchen Fällen entspricht die zuvor bestimmte Harnstoffmenge nicht dem noch vorhandenen Parenchym. Nur bei intakten Nierenpapillen kann das Nierenparenchym normal funktionieren. Die mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung des getrennt aufgefangenen Harns beider Nieren hat nur beschränkten Wert. Wenn der klinische Befund und das Resultat der chemischen Untersuchung in auffallendem Gegensatz zueinander stehen, ist eine erneute Untersuchung erforderlich. Eine besondere Vorbereitung zur Untersuchung ist bei Nierenkranken nicht geboten. Die Beachtung dieser 12 Gebote bewahrt den Nierenchirurgen vor unangenehmen Überraschungen. *Frangenheim* (Leipzig).[CH]

Morris, Robert T.: Newer ideas relating to the subject of loose kidney. (Neuere Ideen über Wanderniere.) Postgraduate Bd. 28, Nr. 3, S. 244—247. 1913.

Die Hauptursache für das Zustandekommen der Wanderniere ist die allgemeine Erschlaffung der peritonealen Haltebänder bei neurasthenischen Frauen. Operiert soll werden, wenn die Lageveränderung zu Abknickung des Ureters oder zu Torsion des Gefäßstieles führt. Die Operation gibt aber auch gute Resultate in Fällen, bei denen die Wanderniere im Vordergrunde der Symptome steht. Hier sieht man oft ein völliges Schwinden der zahlreichen Beschwerden nach der Operation, ohne jede Nachbehandlung. *Liek* (Danzig).

Polak, John Osborn: Dystopic kidney. (Dystopische Niere.) New York obstetr. soc., meet. 11. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 104 bis 105. 1913.

27jährige Patientin; Menstruation mit 13 Jahren, vor und bei derselben Schmerzen in der linken Seite und im Rücken. Im Mai 1912 deshalb Operation, und zwar, wegen Retroflexio und chronischer Appendicitis, Ventrosuspension und Appendektomie. Noch während der Rekonvaleszenz gleiche Schmerzattacken wie früher. Februar 1913 erneute Untersuchung: Unbestimmbarer Tumor links und hinten an der Kante des kleinen Beckens, auf Druck sehr schmerzhaft. Erneute Laparotomie: Retroperitoneal ein 9—10 cm langer Tumor, der als dystopische Niere erkannt wird. Der Ureter läuft über die Vorderfläche, die Arterie entspringt aus der Teilungsstelle der Iliacae. Ein Versuch der Reposition mißlingt, da der Ureter nur 11 cm lang ist. Deshalb Nephrektomie. Heilung.

Schlußfolgerungen: Dysmenorrhöe kann durch Ptose von Organen, die nicht dem Genitaltraktus angehören, hervorgerufen werden. Sorgfältige Abtastung aller Bauchorgane bei Laparotomien kann unnütze Wiederholungen von Operationen vermeiden lehren! *Kneise* (Halle a. S.).

Dufour, Henri, et J. Thiers: Rein ectopique pelvien. (Ektopische Becken-Niere.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 6, S. 290—292. 1913.

Bericht über eine bei der Autopsie einer 68jährigen Frau gefundene ektopische Beckenniere, die im Leben nie irgendwelche Störung verursacht hatte. Während die linke Niere an normaler Stelle saß und auch sonst absolut normal war, fand man die rechte Niere im kleinen Becken an die seitliche Beckenwand angepreßt, zwischen dieser und Rectum, direkt vor der Iliaca interna; sie war stark gelappt, die Hilus lag direkt nach vorn, der konvexe Rand nach hinten. Sie empfing nur eine Arterie, die aus dem Teilungswinkel der Aorta entsprang und der

sonstigen Arteria sacralis media entsprach; der Ureter war normal weit, aber nur 15 cm lang. Diese Verhältnisse der Gefäßversorgung und des Ureters sind sonst bei ektopischen Nieren meist anders und machen daher den Befund besonders wichtig. *Kneise* (Halle a. S.).

Borelius, J.: Über die Bedeutung der anormalen Nierengefäße für die Entwicklung der Hydronephrose. Folia urol. Bd. 7, Nr. 10, S. 621—640. 1913.

Schon Rayer und Rokitansky haben anormale Gefäße als mögliche Ursachen einer Hydronephrose hingestellt. Ekehorn hat dann des näheren nachgewiesen, daß es sich um solche Gefäße handelt, die den Ureter kreuzen: die entweder vor dem Ureter gegen den hinteren Rand des Hilus oder die hinter dem Ureter gegen den vorderen Rand des Hilus ziehen. — Beschreibung von 5 einschlägigen Fällen. Die Kreuzung von Ureter und Gefäß ist aber nicht die primäre Ursache für das Zustandekommen derartiger Hydronephrosen, sondern zunächst muß eine gewisse Erweiterung des Nierenbeckens (durch Senkung, abnorme Beweglichkeit der Niere usw.) hervorgerufen sein, bis eine Knickung des Ureters durch den Gefäßstrang eintritt. *Oehlecker.*CH

Drennen, W. Earle, Traumatic hydronephrosis, with report of a case. (Traumatische Hydronephrose. Mitteilung eines Falles.) Ann. of surg. Bd. 57, Nr. 6, S. 879—887. 1913.

Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Hydronephrose blieb lange im unklaren, und auch jetzt ist die Zahl sicher beobachteter Fälle noch klein. (27 Nummern Literatur.) Legueu unterscheidet drei Gruppen: 1. wahre traumatische Hydronephrosen. Entstehung einer Erweiterung des Nierenbeckens und der Niere infolge verschieden starker Verlegung des Ureters. 2. Pseudotraumatische Hydronephrosen: in Wirklichkeit eine Perinephrose mit Urin- und Blutaustritt in die Umgebung. 3. Geborstene Hydronephrosen: eine bereits existierende zerplatzt durch das Trauma. Die Ursachen der wahren traumatischen Hydronephrosen können verschieden sein. Es kommen zunächst Verletzungen des Ureters vor. Die Wand des Ureters, oft hoch oben am Ansatz, kann gequetscht, zerrissen, durchtrennt sein. Die Folge ist Narbenstenose oder Verschluß an der Verletzungsstelle. Auch perirenale Blutextravasate sollen zu Kompression und Verlegung des selbst unveränderten Ureters führen können. Ein nach einem Nierentrauma in den Ureter geratenes Blutklümpchen wird wohl nur eine vorübergehende Verlegung verursachen können, und könnte nur bei gleichzeitig verletzter Wandung des Ureters sich etwa organisieren. Außer diesen primärtraumatischen Momenten kommen noch sekundäre in Betracht. Die traumatische Entstehung einer beweglichen Niere kann zu Drehung, Abknickung des Ureters und wahrer traumatischer Hydronephrose führen. Ein Nierenstein kann, durch das Trauma mobilisiert, zum verlegenden Ureterstein werden. Bemerkenswert ist, daß von den wenigen mitgeteilten Fällen drei Solitärnieren betreffen. Für die Diagnose ist der Nachweis eines Traumas in der Anamnese mit anschließender Hämaturie, oder direkt offener Ureterwunde, der Nachweis eines cystischen, fluktuierenden Nierentumors und von Urinstörungen notwendig. Erörterung der Differentialdiagnose. Absolut sichere Diagnose der traumatischen Entstehung ist erst bei Operation oder Autopsie zu stellen. Zusammenstellung der mitgeteilten Fälle in einer Tabelle und Zufügen einer eigenen Beobachtung, deren Mitteilung von Interesse ist.

Arbeiter wurde durch den Schlag eines Maschinenhebels gegen die rechte Lumbalgegend 4 Fuß hoch in die Luft geschnellt. Keine Hämaturie. Nach 3 Wochen Anurie für 24 Stunden, danach Massenentleerung. Gleicher vorübergehender Anfall nach 2 Monaten. 4 Monate nach Unfall völlige, 8 Tage anhaltende Anurie. In desolatem Zustand ins Krankenhaus. Riesentumor der rechten oberen Bauchseite, Blase leer. Sofortige Operation nötig. Probeincision auf linke Niere, um deren Intaktheit festzustellen, fehlt! Incision des Tumors, der sich als stark gedehnte und zerstörte Niere herausstellt. Ureter zu sondieren gelingt nicht. In der Folgezeit entleert sich viel Urin aus der Wunde, und zunehmend große Mengen durch den wieder durchgängig werdenden Ureter. Nach langer Zeit schließt sich die Nierenfistel. Cystoskopie ergibt Fehlen des linken Ureters. Operation (Ureterplastik) wird verweigert. 1 Jahr nach Schluß der Fistel wird Pat. mit völliger Urinverhaltung urämisch aufgenommen, operiert und stirbt. Keine Sektion. *Hoffmann* (Dresden).CH

Grandjean, A.: Quel doit être le traitement de la tuberculose rénale? (Wie soll man die Nierentuberkulose behandeln?) Médecin pratic. Jg. **9**, Nr. 8, S. 120—122. 1913.

Die Therapie bei der Nierentuberkulose ist in erster Linie chirurgisch und muß so frühzeitig wie möglich einsetzen. Die operative Behandlung (Nephrektomie) hat jedoch nur dann Aussicht auf Erfolg, solange das Leiden noch auf eine Niere beschränkt ist oder wenigstens nur geringfügige Veränderungen in der anderen gesetzt hat. Die interne Therapie der Nierentuberkulose (Vaccination oder Serotherapie) soll nur zur Unterstützung der chirurgischen Behandlung herangezogen werden; als selbständige Therapie kommt sie nur dann in Frage, wenn das Leiden bereits derartig weit fortgeschritten ist, daß ein operatives Vorgehen nicht mehr möglich ist. *Münnich* (Erfurt).CH

Stanton, E. MacD.: A clinical and histopathologic study of gonococcal infection of the kidney. With report of a case. (Eine klinische und histopathologische Studie über die gonorrhoische Infektion der Niere. Nebst einem Bericht über einen Fall.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 2, S. 179—190. 1913.

Trotz der Häufigkeit der gonorrhoischen Infektion der Harnröhre ist eine solche Erkrankung der oberen Harnwege, insbesondere der Nieren, so selten, daß die Mehrzahl der Urologen sie noch nicht persönlich beobachten konnte. Nixon vermochte im Jahre 1911 nur über 13 Fälle aus der Literatur zu berichten, denen er zwei Fälle eigener Beobachtung anfügen konnte.

Stanton teilt einen Fall mit, der längere Zeit in klinischer Beobachtung stand, operativ behandelt wurde und schließlich, da er tödlich endete, zur Sektion kam. Es handelte sich um eine 40jährige Frau, welche vor mehreren Jahren mit Gonorrhöe infiziert wurde. Zur Zeit der Aufnahme ins Hospital bestand eine starke eiterige Entzündung der Harnröhre und eine Cystitis. Im Harnröhreneiter und im Harn waren zahlreiche Gonokokken nachweisbar. Der durch den Ureterenkatheterismus gewonnene Harn aus beiden Nieren war stark getrübt und enthielt ebenfalls eine große Menge intracellulärer gramnegativer Diplokokken. Die Patientin wurde 3 Wochen lang innerlich mit Santalöl, außerdem mit Blasenspülungen mit 2proz. Protargollösung und Nierenbeckenspülungen mit 0,1 proz. Silbernitratlösung behandelt. Während die Urethritis und Cystitis deutlich zurückgingen, trat eine wesentliche Besserung der Nierenaffektion nicht ein. Infolgedessen entschloß sich St., eine doppelseitige Pyelotomie vorzunehmen und zu drainieren. Nachdem die rechtseitige Pyelotomie vollendet war, mußte die Operation in Anbetracht einer bedrohlichen Pulsfrequenz unterbrochen werden. Nach einer scheinbaren Erholung kam es in der folgenden Nacht zu einem plötzlichen Exitus letalis. Die Autopsie wies als direkte Todesursache eine Milzruptur mit nachfolgender profuser Blutung nach. Harnröhre und Blase zeigten keine Besonderheit, in den Ureteren waren stellenweise Verluste des Epithels erkennbar. Die Niere erwies sich da und dort mit der Kapsel straff verwachsen, den Verwachsungen entsprachen auf dem Schnitt gelbe Flecken in der Rindensubstanz. In den Calices befand sich Eiter, der gramnegative intracelluläre Diplokokken enthielt. Die Malpighischen Pyramiden enthielten beiderseits kleine Cysten und gelblichweiße feine Streifen. Die Nierenbecken waren ohne makroskopischen Befund, die Calices waren stark abgeflacht. Was die histologischen Veränderungen betrifft, so bestand die Gewebsläsion hauptsächlich in einer starken subepithelialen Infiltration, insbesondere durch Lymphocyten, welche in den Ureteren und im Bereich der Calices von einer Desquamation des Epithels begleitet war. Um die Cysten und zahlreiche Sammelröhren herum konnte man eine Metaplasie des Epithels wahrnehmen, das den Charakter des mehrschichtigen Übergangsepithels zeigte. Das Interstitium der Calices erwies sich als besonders intensiv infiltriert. Viele Tubuli waren mit Leukocyten vollgestopft. In der Rindensubstanz, wohin sich die Infiltration stellenweise fortgesetzt hatte, fanden sich atrophierte und hyalin entartete Glomeruli. *Saxinger* (München).CH

Payr: Nierentumor. (Med. Ges., Leipzig, Sitz. vom 1. VII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1800. 1913.

Bei einem 55jährigen Mann trat vor 1 Jahr Hämaturie auf, die sich später einigemal wiederholte. Untersuchung in Seitenlage ergab rechts kugeligen, derben Tumor. Röntgenbild ergab keinerlei Steinschatten. Cystoskopie zeigte Ausfließen sehr stark bluthaltigen Harns rechts, links dagegen klaren Urin. Nephrektomie ergab zweimannsfaustgroßen, sehr fest sitzenden, vom unteren Pol der Niere ausgehenden Tumor. Bisheriger Verlauf glatt. *Runge* (Berlin).

Uteau, R., et E. Saint-Martin: Sur un cas d'anomalie de situation des orifices uretéraux. (Lageanomalie der Ureteröffnungen.) (Soc. anat.-clin., séance du 12. IV. 1913.) Toulouse méd. Jg. **15**, Nr. 8, S. 155—157. 1913.

Bei einer Patientin, die wegen einer rechtsseitigen Nierentuberkulose nephrektomiert

wurde, lag der rechte Ureter unten in der Mittellinie, der linke links oben. Da die Kranke in der Kindheit eine Knietuberkulose durchgemacht hatte, die mit Ankylose ausgeheilt ist, vermutet Verf., daß dadurch eine Beckenasymmetrie entstanden ist, die zur Verlagerung der Ureteröffnung geführt hat. Der linke Ureter konnte überhaupt nicht sondiert werden, in den rechten drang die Sonde nur 4—5 cm tief ein. Die Harnseparation mit Hilfe eines Separators hätte hier zu Irrtümern Veranlassung geben können, wenn z. B. beide Ureteröffnungen auf derselben Seite der Scheidewand gelegen hätten. Der Fall zeigt die Überlegenheit der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus. *Frangenheim* (Leipzig).CH

Heiman, Henry: A case of bilateral hydroureter-chronic pyocyaneus infection. (Ein Fall von chronischer Pyocyaneusinfektion beiderseitiger Hydroureteren.) (Americ. pediatr. soc., meet. 5.—7. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 183—184. 1913.

Bei einem 5 jährigen Knaben, der vor 4 Monaten plötzlich unter Fieber erkrankt war, fand man eitrigen Harn mit Pyocyaneusbacillen. Cystoskopie ergab gesunde Blase, linkseitige Uretermündung zeigt rigide Ränder, rechte ist schlitzförmig. Beim Ureterkatheterismus rechts einen Zoll hoch ein Hindernis, links passiert der Katheter $2^1{}_2$ Zoll und ergibt trüben Urin, während er rechts klar ist. Indigocarmin beiderseits nach 45 Minuten. 5 Injektionen von Pyocyaneusvaccine (autogener) in Intervallen von 8—10 Tagen beginnend mit 50 Millionen Bakterien steigend um 50 resp. 25 Millionen haben nur vorübergehenden Erfolg. Nach 2 Monaten wurde allgemeine Cystitis, Veränderungen an beiden Ureterostien und beiderseitige Dilatation von Ureter und Niere mittels Argyrolinjektion und Radiographie gefunden. Verf. glaubt an eine kongenitale Ätiologie des Leidens. *Knorr* (Berlin).

Rieß, E.: Ureterstein. (Dtsch. med. Ges., Chicago. Sitz. vom 20. III. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1804. 1913.

Operierter Fall. Im Röntgenbild kein Schatten. Im Experiment nach der Operation direkt auf die Platte gebracht, ergab der Stein einen Schatten. *Runge* (Berlin).

Nogier, Th.: Calcul de l'uretère pelvien droit. Quelques rectifications nécessaires. (Stein im Beckenabschnitt des rechten Ureters. Einige notwendige Richtigstellungen.) Lyon méd. Bd. **120**, Nr. 20, S. 1069—1073. 1913.

Nogier hatte im Röntgenbild einen Steinschatten der rechten Niere und einen solchen im rechten Ureter festgestellt. Die von Jaboulay vorgenommene Operation zeigte, daß kein Nierenstein vorlag, sondern eine sternförmige, fibröse Narbe hatte den Stein im Röntgenbild vorgetäuscht. Der Ureter wurde retrograd sondiert und auch hier kein Stein gefunden. Ein neues, nach 22 Monaten aufgenommenes Radiogramm zeigte gleichwohl, daß dieser Stein im Ureter vorhanden war und sich inzwischen an Größe verdoppelt hatte. — Nur manuelle Abtastung des ganzen Ureters während der Operation kann vor solchem Irrtum schützen; die retrograde Sondierung genügt nicht. — Im übrigen enthält die Arbeit persönliche Bemerkungen. *Janssen* (Düsseldorf).CH

Lerda, Guido, Contribution au traitement de l'exstrophie de la vessie. (Beitrag zur Behandlung der Blasenektopie.) Journal de chirurg. Bd. **10**, Nr. 5, S. 549—562. 1913.

Ausführliche Beschreibung einer neuen Operationsmethode, die im wesentlichen in folgendem Vorgehen besteht: Nach Anlegung des Harnblasendilatators nach Nota wird durch eine Lappenplastik die Blasenöffnung geschlossen bis auf die Kanüle des eingeführten Apparates. Nachdem eine, wenn auch kleine Harnblasenhöhle mit contractiler Muskelwandung geschaffen worden ist, wird der Harnblasendilatator entfernt und ein zwar unter dem Einfluß des Sphincter ani stehender, aber nicht mit dem Rectum kommunizierender Kanal folgendermaßen angelegt. Von vorne nach hinten wird ein rechteckiger, 8 cm langer, 4 cm breiter, perineo-scrotaler Stiellappen aus der Haut excidiert. Nach sorgfältiger Ablösung des Sphincter ani von der vorderen Rectalwandung wird ein großer Hegardilatator in das Rectum eingeführt und dieses damit nach vorn und oben gezogen, um eventuell in der recto-vesicalen Bauchfelltasche liegende Darmschlingen zu reponieren. Dann wird unter Kontrolle des in die Blase eingeführten Fingers mit einer Kochersonde von der Wunde zwischen Sphincter und vorderer Rectalwand aus ein retroprostatischer Kanal bis zur Harnblasenwandung gebohrt. Mit dem perineo-scrotalen Stiellappen wird der angelegte Kanal mit nach innen gerichteter Epidermis austapeziert. Um eine völlige Epithelisierung des Kanals herbeizuführen, wird auf ein durchlöchertes Glasdrain ein Bindenstreif spiralförmig aufgewunden, der auf der Außenseite mit Wachssalbe bestrichen ist. Darauf wird ein großer Thierschlappen deponiert mit nach innen gerichteter Epidermis und in diesen über den Löchern des Glasdrains kleine Löcher angelegt zum Abfluß für Blut und Sekret. Ein so zubereiteter Glasdrain wird zweimal je für eine Woche in dem Kanal deponiert. Nachher wird der Kanal mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, durch eine gekrümmte Sonde sein oberes Ende genau in der Medianlinie in Kommunikation mit dem Blasenlumen gebracht, durch ein Coopersches Herniotom die Kommunikationsöffnung in

entsprechender Weise erweitert, durch den Kanal für einige Wochen die Harnblase durch einen Pezzerkatheter dauernd drainiert. Nachdem beim Wechseln des Katheters kein Hindernis und keine Blutung mehr auftritt, wird die suprapubische Blasenfistel durch eine Lappenplastik geschlossen, wenn diese Wunde ausgeheilt ist, der Pezzerkatheter entfernt. 1 Fall wurde von Giordano mit befriedigendem Erfolge nach dieser Methode operiert. *Leuenberger.*CH

Vulliet, Henri: Le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. (Chirurgische Behandlung der Blasenektopie.) (*Serv. de chirurg., hosp. de l'enfance.*) Lyon chirurg. Bd. **9**, Nr. 6, S. 589—600. 1913.

Empfehlung der Methode von Heitz - Boyer und Hovelacque (Journ. d'Urologie **1**, S. 237, 1912). Ein nach dieser Methode operierter Fall starb wenige Tage nach der Operation an Peritonitis. Vulliet empfiehlt, die Operation in zwei Teilen auszuführen. Im ersten Akt bildet man durch Ausschaltung des Rectum die neue Blase, im zweiten vollführt man die Implantation. Die von Heitz - Boyer und Hovelacque empfohlene präliminäre doppelseitige Nephrostomie zur Ableitung des Harnes ist, wenn möglich, zu vermeiden. *v. Lichtenberg.*CH

Mayo, Charles H.: Exclusion of the bladder, an operation of necessity and expediency. (Die Ausschaltung der Blase als dringende und palliative Operation.) Ann. of. surg. Bd. **58**, Nr. 1, S. 133—144. 1913.

Eine bestimmte Operationsmethode zu empfehlen ist nicht möglich, da nicht nur Unterschiede in der bestehenden Anomalie und in der Ausdehnung der Erkrankung, sondern auch der Unterschied des Geschlechts verschiedene individuelle Maßnahmen erheischen. Mayo teilt die Patienten, bei denen eine Ausschaltung der Blase indiziert ist, in drei Gruppen ein: 1. solche, bei denen eine so weitgehende kongenitale Anomalie besteht, daß eine konservative plastische Operation nicht möglich ist; 2. solche, bei denen es zufällig oder planmäßig zu einem größeren Defekt an den Ureteren kam; 3. solche, bei denen eine schwere Erkrankung der Blase eine Entfernung des Organs notwendig macht. Bei schweren Verletzungen eines Ureters, bei denen eine Implantation in die Blase nicht mehr möglich ist, wird am häufigsten eine Anastomose mit dem gesunden Ureter hergestellt. Die Ableitung von Harn durch das Kolon ist nicht zu empfehlen, da infolge der Absorption leicht Intoxikationszustände auftreten können. Mayo zieht es vor, ihn bzw. die Ureteren am Rücken oberhalb der Crista ilei nach außen münden zu lassen. Was die Gefahr der Nekrose des Ureters bei all diesen Operationen betrifft, so weist Monari in einer Arbeit nach, daß eine solche nicht besteht. *Saxinger* (München).CH

Kakowski, A.: The application of exactness in urinary observations. (Über die Notwendigkeit der genauen Harnuntersuchung.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 2, S. 191—200. 1913.

Die Untersuchung und Analyse des Harns zum Zweck der Erkennung von Krankheiten und deren Verlauf hat merkwürdigerweise auch in der Zeit, die den großen Aufschwung auf dem Gebiet der Medizin brachte, keinen wesentlichen Fortschritt zu verzeichnen. Die Ursache hierv on liegt darin, daß einmal die Harnuntersuchungen recht häufig Untersuchungslaboratorien übergeben werden, deren Besitzer in medizinischer Beziehung zumeist nur mehr oder weniger laienhaft orientiert sind und die Untersuchungen nur des Gewinnes wegen gewerbsmäßig und ganz unwissenschaftlich betreiben. Andererseits kann nicht in Abrede gestellt werden, daß von der wissenschaftlich arbeitenden Ärzteschaft das Kapitel der Harnuntersuchung mit großem Unrecht stiefmütterlich behandelt wurde, daß erst in der neueren Zeit eingehendere klinische und experimentelle Untersuchungen über die physiologische und pathologische Funktion der Nieren erfolgten. So kann es nicht wundernehmen, „daß sich die Begriffe über das Wesen, die Diagnose und Therapie der Nephritis in einem geradezu chaotischen Zustand befinden". Die meisten Untersucher begehen den großen Fehler, daß sie kritiklos einen Harn untersuchen ohne Rücksicht auf die Umstände, unter denen er ausgeschieden wurde. Tatsächlich besteht ein großer Unterschied zwischen einem Harn, den ein Nephritiker nach irgendeiner körperlichen Anstrengung und dem, den er im Zustand der Ruhe produziert. Man macht außerordentlich oft die Wahrnehmung, daß der Gehalt des Harns an Eiweiß und Zylindern unter dem Einfluß von Ruhe und Muskelbewegung bedeutenden Schwankungen unterworfen ist und auf diese Weise dem Untersucher leicht ein falsches Bild von dem Grad und möglicherweise von der Art der Nierenerkrankung geben kann. Auch der Aufnahme von fester Nahrung und Flüssigkeit kommt selbstverständlich bei der Ausscheidung von pathologischen Harnbestand-

teilen eine bedeutende Rolle zu. Weiterhin läßt die Art und Weise der Untersuchung an Genauigkeit oft viel zu wünschen übrig. Die mikroskopische Untersuchung des Harns erfolgt eigentlich immer von recht individuellen Gesichtspunkten aus. Aus der Verschiedenheit der gewählten Vergrößerungslinsen und in der Anfertigung der Präparate ergeben sich naturgemäß große Unterschiede in der quantitativen Bewertung der pathologischen Harnbestandteile. Anstatt mit absoluten Zahlengrößen in einem einheitlichen System zu rechnen, wurden wenig sagende Redensarten wie: spärlich, beträchtlich usw. geprägt. Aus diesen Gründen erhebt Kakowski folgende Forderungen. Nicht ein beliebiger Harn, sondern nur der Morgenharn soll zur Untersuchung verwendet werden. Insbesondere ist darauf zu achten, daß die Kranken nach der Abendmahlzeit nichts mehr zu sich nehmen, oder, falls bei großem Durstgefühl ein Getränk gereicht wird, dieses eine gewisse Menge einer bestimmten Flüssigkeit ist. Zur mikroskopischen Untersuchung verwendet man 100 ccm Harn, der in graduierte Glasgefäße gegossen und am besten durch eine elektrisch betriebene Zentrifuge zentrifugiert wird. Um ein richtiges Bild über die Menge der im Harn enthaltenen Zylinder, Epithelzellen, Erythrocyten und Leukocyten zu erhalten, genügt es nicht, einige Gesichtsfelder zu prüfen, sondern es ist dringend zu empfehlen, die von Zeiß in Jena zu diesem Zweck hergestellten Zählkammern zu benutzen. Nur wenn „die Gleichförmigkeit in den Lebensbedingungen der Patienten und in den Untersuchungsmethoden und Beobachtungen" gewahrt bleibt, wird es gelingen, die notwendigen Kriterien für die Beurteilung des Wesens und des Verlaufs der Nephritis, Pyelitis und Cystitis festzustellen. *Saxinger* (München).CH

Bromberg, Richard: Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. (*Chirurg. Klin., Amsterdam.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 2, S. 411 bis 418. 1913.

Löwenhardt hat zuerst für die funktionelle Nierendiagnostik auf den Wert der Bestimmung der elektrischen Leitungsfähigkeit hingewiesen. Diese Methode hat, wie Kümmell es mehrfach hervorgehoben hat, zu sehr guten Resultaten geführt. Bromberg gibt einen etwas modifizierten Apparat für die Messung der elektrischen Leitungsfähigkeit an und hebt besonders den Wert der vergleichenden Bestimmung der elektrischen Leitungsfähigkeit des Blutserum und des Urins der beiden Nieren hervor. Nach Ansicht von B. gibt nur dieser hämorenale Index allein absoluten Aufschluß über die Funktion der Nieren. *Oehlecker* (Hamburg).CH

Bromberg, R.: Die Bestimmung des hämorenalen Index als Prüfung der Nierenfunktion. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 28, S. 1358. 1913.

Den „hämorenalen Index", d. h. das Verhältnis zwischen der Konzentration der anorganischen Salze im Urin und Blut, bestimmt Verf. mit einem von ihm angegebenen und hier beschriebenen elektrolytischen Meßapparat, der an jede Lichtleitung anzuschließen ist. Es wird mit ihm der Widerstand gemessen, den Urin oder Blutserum dem elektrischen Strom entgegensetzen. Normalerweise beträgt der Index beider Flüssigkeiten 2, d. h. die Konzentration an Salzen ist beim Gesunden im Urin 2 mal so groß als im Blutserum. In Krankheitsfällen geht der Index herab. Sinkt er im Blasenurin unter 1,5, so ist die Erkrankung doppelseitig. Solange er im Urin der „gesunden Niere" nicht unter 1,8 sinkt, kann die andere Niere gefahrlos operativ entfernt werden. Verf. hält die Methode für klinisch zuverlässig.
Hinz (Lichterfelde).CH

Forest, Henry P. de: An epitome of urinalysis. (Ein Auszug einer Urinanalyse.) Post-graduate Bd. 28, Nr. 7, S. 630—631. 1913.

Um jedem Praktiker oder seinem Gehilfen die für die Praxis nötigste Urinanalyse zu ermöglichen und zu erleichtern, hat Verf. die wesentlichsten Methoden auf einem Karton drucken lassen, der unter Glas an der Wand des Untersuchungszimmer aufgehängt werden soll.
Blanck (Potsdam).

Tennant, C. E., The cause of pain in pyelography with report of accident and experimental findings. (Ursache des Schmerzes bei der Pyelographie; Mitteilung eines Falles und experimentelle Beobachtungen.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 6, S. 888—893. 1913.

Die Gefahren der Pyelographie sind unterschätzt worden. Man hat sich nicht die Mühe gemacht, Druck und Menge der ins Nierenbecken injizierten Flüssigkeit zu messen. Die moderne Verwendung starkkalibriger Katheter zur Uretersondierung führt zu deren Verschluß, verhindert den Rückfluß der Flüssigkeit aus dem gefüllten Becken und überdehnt das letztere. Die zur Injektion verwendeten Spritzen sind nicht mit Druckanzeiger versehen, die Bestimmung der Beckenkapazität wird der

Äußerung von Nierenkolikschmerzen seitens des Patienten überlassen. Verf. hat dem abgeholfen durch Einschaltung eines Quecksilbermanometers bei der Entleerung der Flüssigkeit aus einem graduierten Zylinder. Geführt hat ihn dazu ein eigener Unfall.

Bei einer Patientin wurde eine Füllung beider Nierenbecken vorgenommen, und da die Röntgenaufnahme nach der ersten, schon mit Schmerzen verbundenen Füllung nicht genügend war, wurde nach einigen Wochen eine 2. Pyelographie vorgenommen, die eine Erweiterung des rechten Nierenbeckens, aber auch einen dichten Schatten im oberen Nierenpol ergab. Der Eingriff war wieder mit Schmerzen verbunden und von Temperatursteigerung gefolgt. Da man sich den Schatten nicht deuten konnte, wurde nach einigen Wochen eine Incision auf die Niere ausgeführt, und an der fraglichen Stelle unter ausgedehnten Verwachsungen ein Kollargolinfarkt der Niere mit einer Kollargolschicht unter der Kapsel gefunden. Die ganze Partie wurde reseziert, ohne daß das Nierenbecken eröffnet wurde, die Niere genäht, Patientin geheilt.

Es folgt die eingehende makro- und mikroskopische Untersuchung des Präparates durch Whitmann - Colorado, und daran anschließend der Bericht des Verf. über experimentell erzeugte Kollargolniereninfarkte an frisch herausgenommenen Schweinenieren, an denen bei normalem Nierengewebe die gleichen Veränderungen erzielt werden konnten mit relativ geringem Druck. 8 Photographien auf 4 Tafeln zeigen das Röntgenbild, die Präparate, sowie mikroskopische Bilder mit Füllung der Tubuli und intracellulärer Infiltration der Niere mit Kollargol. *Hoffmann* (Dresden).[CH]

Mamma:

Frühwald: Überzählige Brustdrüsen. (Med. Ges., Leipzig, Sitz. vom 1. VII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg **60**, Nr. 32, S. 1800. 1913.

2 gravide Frauen. Die eine zeigte in den vorderen Achselfalten Anschwellungen, die wie eine Falte aussahen. Beim Zutasten fühlt man je einen nußgroßen zirkumskripten Tumor, der deutlichen Drüsenbau erkennen läßt. Die Knoten sind seit der Mitte der Schwangerschaft aufgetreten. — Die andere Frau zeigte rechts einen bohnengroßen gleichen Knoten, links aber eine kleinapfelgroße aus Drüsensubstanz bestehende Vorwölbung, die eine deutliche Mamilla trägt. Auf Druck entleert sich ein Tropfen klarer Flüssigkeit, die sich mikroskopisch als Colostrum erweist. Ein minder entwickeltes Stadium zeigte eine dritte Pat., die linkerseits eine überzählige Brustwarze hatte.

Verf. hat die überzähligen Brustwarzen bei Männern ziemlich häufig gesehen. Dabei wurden nur jene Gebilde als überzählige Brustwarzen angesehen, die in der sog. Milchlinie liegen, d. h. einer Linie, die von der Achsel über die Mammilla zur Symphyse zieht; die ferner von einem deutlichen braunen Pigmentserum umgeben sind und die in der Mitte eine deutliche, wenn auch oft feine Einsenkung haben. Möglicherweise hängt die Häufigkeit der überzähligen Brustwarzen in Leipzig mit dem slavischen Einschlage der Bevölkerung zusammen, wie auch Bardeleben einen derartigen Zusammenhang auf Grund seiner Erhebungen für möglich hält. *Runge* (Berlin).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Chipman, W. W.: Problems of obstetrical practice. (Probleme der geburtshilflichen Praxis.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 25 bis 30. 1913.

Nach einem Hinweis auf die traurigen Resultate der allgemeinen geburtshilflichen Praxis in Kanada und den Staaten Neu-Englands, die in schroffem Gegensatz stehen zu den glänzenden Resultaten der operativen Chirurgie gibt Verf. zunächst, ohne Neues zu bringen, für den allgemeinen Praktiker beachtenswerte Ratschläge für die Leitung einer normalen Entbindung und bespricht dann die für die allgemeine Praxis empfehlenswerten und notwendigen Eingriffe, falls dem kindlichen Schädel der Eintritt ins Becken erschwert oder unmöglich gemacht ist. Verf. macht hier besonders auf die so verschiedene Prognose aufmerksam, je nachdem es sich um Erst- oder Mehrgebärende handelt. Denn während bei letzteren falsche Einstellung des Schädels infolge Hängeleib die Ursache sein kann, läßt die gleiche Abnormität bei

Erstgebärenden sofort an ein ernsteres Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken denken und erfordert eine genaue Beckenmessung, falls diese nicht, wie Verf. mit Recht für Erstgebärende verlangt, schon in den letzten Monaten der Schwangerschaft ausgeführt war. Da Verf. Pubiotomie und Kaiserschnitt im allgemeinen für die klinische Praxis reserviert wissen will und auch die prophylaktische Wendung in der Hand des Praktikers für das kindliche Leben zu gefährlich hält, so soll dieser sich unter genauer Beobachtung auf den in Walcherscher Hängelage auszuführenden Versuch der Kompression des kindlichen Schädels ins Becken beschränken. Gelingt dies nicht, so soll nach wenigstens 4 Stunden Warten ein schonender Versuch mit der Achsenzugzange erlaubt sein, bei dessen Erfolglosigkeit dann die Perforation auszuführen ist. *Vaßmer.*

Coston, H. R.: An analysis of 700 cases of labor. (Eine Analyse einer Reihe von 700 Geburten.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. 26, S. 2033—2035. 1913.

Statistische Bearbeitung von 700 Geburten hinsichtlich ihrer Häufigkeit in den verschiedenen Monaten, Jahreszeiten und Tagesstunden, des Lebensalters und Fruchtbarkeit der Mütter, der Häufigkeit des Vorkommens von normalen und abnormen Kindeslagen, der Komplikationen und Geburtsstörungen von seiten der Mütter und Kinder, der Anomalien der Nabelschnur und Placenta, der operativen Maßnahmen, der Verletzungen der Geburtswege, der Morbidität und Mortalität der Mütter und Kinder, der relativen Häufigkeit von Knaben, Mädchen und Zwillingen und der Deformitäten der Kinder. *Hall* (Graz).

Drinkwater, Katharine R.: The midwifery forceps: historical sketch. (Die geburtshilfliche Zange: eine geschichtliche Skizze.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33,** Nr. 64, S. 451—465. 1913.

Im Besitze der Familie Chamberlen in England, ein Jahrhundert geheimgehalten, wird die Zange zuerst 1670 von Mauricau als Geheimnis des Hugh Chamberlen erwähnt. Sein Vater „Dr." Peter (1601—1683) und sein Großvater Peter der Jüngere (1572—1620) sowie sein Großonkel Peter der Ältere (etwa gleicher Zeit) haben mit ihrer Hilfe ein Monopol operativer Entbindung lebender Kinde rgeschaffen. Ihre Zangen, Hebellöffel (= vectis), Haken und Schlingen sind 1818 erst gefunden. Hugh Chamberlen (1630—?) verkaufte, wahrscheinlich unter Herausgabe nur eines Löffels, das Geheimnis an den Holländer Roonhuysen. 1733 gibt Edm. Chapman den ersten Bericht über die Zange, 1742 erwähnt Fielding Ould die in Europa gebräuchliche lange Form. Von Chamberlens Modellen hatten Typ I bei Schluß sich berührende Löffel, die sich kreuzten, Verbindung durch eine bewegliche Schraube, II sich nicht berührende Löffel, die sich nicht kreuzten, mit Zapfenschloß und ungleichen Fenstern, III gleiche Fenster, Länge 40 cm, IIII eine Länge von 43 cm. Smellie (1697—1763) brachte 1752 die Beckenkrümmung an, die allerdings auch Levret (1703—1780) zu seiner langen Zange erfunden hat und die schon vor Smellie B. Pugh von Chelmsford gebraucht haben will. Drinkwater von Brentford (1668—1728) war der erste, der außer der Familie Chamberlen die Zange benutzte. Smellie kannte seltsamerweise 1733 die Zange noch nicht. 1736 ward das englische Schloß durch Chapman erfunden und 1744 durch Smellie eingeführt. Bis dahin gebrauchte man eine Schraube zum Schließen (das heutige französische Schloß). Smellies Zange hatte hölzerne Griffe, 9 Jahre nachdem Mesnard von Rouen diese beschrieben. Der Hebellöffel (vectis) Chamberlens, lange ein Geheimnis holländischer Familien, ist vermutlich durch Hugh Chamberlen 1687 dorthin verkauft worden. Achsenzug wurde 1777 von Van de Laar und 1844 durch T. Herrmann vermittels eines großen Stabes an den Löffeln, 1860 von Hubert durch rechtwinklige Biegung der Griffe, 1866 von demselben durch einen Stab rechtwinklig zu den Stielen, 1868 von Aveling durch Rückwärtsbiegung der Griffe, 1871 von Moralès durch Anbringung einer Dammkrümmung bei Gleichstellung der Griffe mit den Löffeln, 1877 von Tarnier durch einen gebogenen Stab bewerkstelligt. Der eigentliche Erfinder der Zange ist wohl Peter Chamberlen der Ältere. *Mohr* (Berlin).

Schwangerschaft:

Gambaroff, G. v.: Die Diagnose der bösartigen Neubildungen und der Schwangerschaft mittels der Abderhaldenschen Methode. (*Krebsforsch.-Inst., Univ. Moskau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 30, S. 1644. 1913.

Normalserum vermag niemals Placentargewebe abzubauen, während das Serum von Schwangeren stets eine Abbaufähigkeit der Placenta besitzt. Ebenso baut das Serum von Carcinomkranken immer nur Carcinomgewebe ab, Sarkomgewebe bleibt unbeeinflußt. Umgekehrt hat das Serum von Sarkomträgern nur für Sarkomgewebe und nicht für das Carcinom eine spezifische Affinität. *Gräfenberg* (Berlin).

Stoeckel: Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. (Med. Ges. Kiel, Sitz. 5. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1741. 1913.

Nicht selten ist die Schwangerschaftsdiagnose in den ersten Monaten schwierig, besonders wenn es sich um Extrauteringravidität handelt, und doch ist gerade hier die Entscheidung wichtig. Die Hoffnung, hier schneller Sicherheit zu erhalten, wird durch die von Adberhalden angegebenen Schwangerschaftsreaktionen erweckt. Kurze Beschreibung derselben und des Gedankenganges, auf dem sie beruhen. Das Polarisationsverfahren eignet sich bis jetzt nur für Kliniken. Das Dialysierverfahren hat nach den vielseitigen Mitteilungen eine volle Bestätigung der Abderhaldenschen Ergebnisse bisher nicht erbracht. Bericht über 130 Fälle, in denen das Dialysierverfahren angewandt wurde, über die von Behne (Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, Nr. 24) schon berichtet ist. Hiernach ist der Nachweis einer spezifischen Reaktion nicht geglückt. Inwieweit Fehler in der Anordnung vorliegen, werden weitere Versuche ergeben. Vorläufig ist St. der Ansicht, daß die Abderhaldensche Methode eine Bedeutung für die Praxis und für die forensische Geburtshilfe noch nicht beanspruchen kann. Auf der anderen Seite ist er aber überzeugt, daß durch die beiden Methoden neue Ausblicke erreicht sind, die zu weiterer Forschung auf dem bisher so wenig bekannten Gebiete der biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind auffordern. *Runge* (Berlin).

Gammeltoft, S. A.: Untersuchungen über die antiproteolytischen Stoffe des Blutes während der Gravidität. (*Univ.-Frauenklin. u. kgl. Hebammensch., Kopenhagen.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 15, S. 543—553. 1913.

Die Fuldsche Caseinmethode eignet sich nicht zu vergleichenden Untersuchungen über die antiproteolytischen Stoffe des Serums. Gammeltoft hat Sörensens Formoltitrierung, die er eingehend beschreibt, als sehr konstant befunden. Er bestätigt die Steigerung des antiproteolytischen Titers bei Schwangeren, besonders ausgeprägt bei Schwangerschaftstoxikosen, weniger bei Eklampsie. Im kindlichen Blut ist der Titer viel niedriger. Bei Kaninchen und Kühen läßt sich eine Steigerung nicht nachweisen. Die antiproteolytischen Stoffe sind nicht thermostabil (70°), lassen sich mit Äther ausschütteln. Was ihre Herkunft betrifft, konnte nur so viel festgestellt werden, daß subkutane Injektion von Trypsin ebenso wie einseitige Nephrektomie den Titer erhöht, auch wenn keine Infektion stattgefunden hat; doch ist die Erhöhung nicht bedeutend. Der Gehalt des Blutes an Aminosäuren (Rosenthal) spielt kaum eine Rolle. *Kermauner* (Wien).

Wallgren, Axel: Beiträge zur Kenntnis der Stuktur der Deciduazelle. (*Pathol. Instit., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. **55**, H. 8, S. 191—197. 1913. (Schwedisch.)

Als Untersuchungsmaterial dienten dem Verf. die Deciduen aus drei wegen Tumoren exstirpierten graviden Uteris sowie die aus einigen Aborten stammenden.

Die voll ausgebildete Deciduazelle ist oval oder rund und hat einen ziemlich großen, in der Regel etwas exzentrisch gelegenen Kern, mit 1—5 großen Nucleolen und netzförmigem Kerngerüst. In der Nähe des Kerns liegt das Mikrozentrum der Deciduazelle, das von zwei Zentriolen gebildet wird und gewöhnlicherweise von einem kleinen, nur wenig hervortretenden lichten Hof umgeben wird. Im Zellplasma sieht man eine zusammenhängende, netzförmig angeordnete Faserstruktur, die mit der Urannitrat-Silbermethode Cajals in den zentralen Teilen der Zelle deutlich geschwärzt wird, dagegen aber nicht die für Mitochondria charakteristische Farbenreaktion gibt. In der peripheren Grenzschicht der Zelle findet sich ein Fasernetz, das eine gewisse Ähnlichkeit mit dem sog. Langerhansschen Netz in den Leydigschen Zellen in der Amphibienhaut besitzt. *Björkenheim* (Helsingfors).

Branca, A., Recherches sur la structure, l'évolution et le rôle de la vésicule ombilicale de l'homme. (Untersuchungen über Bau, Entwicklung und Bedeutung des Nabelbläschens beim Menschen.) (*Laborat. d'histol. de la fac. de méd., Paris.*) Journal de l'anat. et de la physiol. **49**, S. 1—40, 171—211 u. 383 bis 407. 1913.

Zahlreiche eigene histologische Untersuchungen und Zuhilfenahme von Präparaten Dritter. Er bedauert, daß gerade bei den Beschreibungen der jüngeren und jüngsten

menschlichen Eier wenig oder meistens gar nichts über die Dotterblase gesagt ist. Darum sind unsere Vorstellungen über dieses Organ auch nur aus Analogien mit den Vertebraten gebildet. Autor trägt sorgfältig alles in der Literatur über das Dotterbläschen an frühen Eiern beschriebene zusammen, um es durch seine eigenen Untersuchungen zu ergänzen. Die histologischen Einzelheiten lassen sich nicht referieren, dagegen faßt Verf. selbst das über Entwicklung und Bedeutung des Nabelbläschens zu sagende zusammen, indem er sagt: es handelt sich hier um 3 Stadien eines Organes, das jedesmal andern Zwecken dient und entsprechend andere Struktur aufweist. Im ersten Stadium ist es ein solides zellreiches Organ, etwa entsprechend den Drüsen mit innerer Sekretion und dient als erstes hämatopoetisches und natürlich auch gefäßbildendes Organ des jüngsten Embryo. Im 2. Stadium, wo es sich allmählich zum Hohlorgane umgebildet hat, entspricht es in seiner Struktur völlig einem Verdauungsorgan und hat auch diese Bedeutung für den Embryo. Im 3. Stadium endlich, wo es für den Menschen nur noch die Bedeutung eines rudimentären Organes hat, sind auch Epithelien, Drüsen und Gefäße zugrunde gegangen und massenhafte Kalkeinlagerung beweist die Degeneration der Zellen und des Organes.

Fuchs (Breslau).

Sakaki, C.: Über die Phosphorverteilung in der Placenta. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **54**, H. 1/2, S. 5—10. 1913.

Sakaki untersuchte auf Anregung Salkowskis den Gehalt der Placenta an Gesamt- und Lipoidphosphor und fand in 100 g Trockensubstanz durchschnittlich einen Gesamtphosphor von 2,142% P_2O_5 und einen Lipoidphosphorgehalt von 0,6001% P_2O_5 resp. 6,825% Distearyllecithin. Seine Zahlen stimmen mit jenen von Mohr und Heimann überein, weichen aber — vermutlich infolge technischer Differenzen bei der Verarbeitung des Materials — von den Resultaten von B. Bienenfeld erheblich ab. *Novak* (Wien).

Adair, Fred L.: Remarks on the pathology of the ovum, with report of three cases. (Bemerkungen über die Pathologie des Ovum mit einem Bericht über 3 Fälle.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 12, S. 327—332. 1913.

Die Ursache der Erkrankung des Eies kann im Ei selbst liegen oder ist die Folge eines abnormen Zustandes seiner Umgebung. Meistens ist letzteres der Fall, daher ist die Verhütung jeder Art von intrauteriner Infektion von größter Wichtigkeit. Die Erkrankung des Ovum ist ein relativ häufiges Vorkommnis; Mall fand bei intrauterinen Graviditäten 7%, bei nicht rupturierten Tubenschwangerschaften in frühen Stadien 96% der Eier pathologisch. Er teilt die pathologischen Ova in 4 Klassen ein: 1. die vesiculäre Form, bei welcher der Dottersack das Hauptüberbleibsel des Embryos darstellt; 2. das Chorion allein ist erhalten. Dieses kann solide oder Traubenmolen bilden; 3. das Embryo ist zerstört, Chorion und Amnion sind erhalten; ein kurzer Umbilicusstummel kann erhalten sein; 4. das Embryo ist zwar vorhanden, aber degeneriert. Nimmt man an, daß die Degeneration des Eies das Resultat einer Erkrankung des Uterus ist, so liegt es nahe, das Chorion als das primär erkrankte anzusehen. Sowohl Chorion als Embryo können wegen derselben Ursache gelitten haben; auch kann das Embryo Veränderungen zeigen, welche von der gestörten Ernährung infolge Läsion des Chorion herrühren. Pathologisch-anatomisch zeigt das Chorion ausgeprägte Veränderungen; die intervillösen Räume sind gewöhnlich mit einer körnigen und faserigen Substanz ausgefüllt, welche Leukocyten und abnorme Nester von Syncytiumzellen enthält. Das Syncytium zeigt abnormes Wachstum, kann nekrotisch werden und mit Leukocyten infiltriert sein. Das Mesodermgewebe der bald hypertrophischen, bald atrophischen Villi kann von Syncytiumzellen durchsetzt sein; sie können ödematöse, schleimige, hyaline und fibröse Degeneration zeigen und es können Vacuolen und größere Räume, welche Granula enthalten, vorkommen. Die Blutgefäße können degenerative Veränderungen zeigen. Das Magma des Exocoeloms kann stark vermehrt sein, zeigt gewöhnlich zwei Typen, die reticuläre und die granulierte und kann das Amnion durchwuchern und das Embryo umgeben. Hydramnion ist ein häufiges Vorkommnis. Abnorme Eier kommen in den sieben ersten Wochen der Gestation am häufigsten vor, nach der zehnten Woche selten. Diejenigen, welche zwei Monate überleben, können

ausgetragen und als Monstra geboren werden. Die Statistik lehrt, daß eine Mißgeburt auf ca. 12 pathologische Ova kommt. Die Veränderungen am Embryo wechseln von gänzlicher Vernichtung bis zu kaum merklichen Veränderungen. Es kann die Vernichtung des Embryo bei Fortdauer des Wachstums des übrigen Eies vorkommen. Die einzelnen Teile des Eies zeigen verschiedene Widerstandskraft zu verschiedenen Zeiten seiner Entwicklung. Bis zu 4 Wochen sind die Embryonen den degenerativen Prozessen stark unterworfen, das Amnion ist oft zerstört und das Embryo verschwindet, wobei nur der Dottersack übrigbleibt; das Chorion kann allein übrigbleiben und sich in eine Mole umwandeln. In der fünften Woche ist das Embryo widerstandsfähiger; später widerstehen die Skeletteile besser; am leichtesten werden die äußersten Enden des Embryos beeinflußt. Die älteren Embryonen können ein unregelmäßiges Wachstum ohne ordentliche Ausbildung der Organe zeigen, wenn ihre Ernährung gestört wurde. Für die Entwicklung der Monstra ist notwendig, daß das fötale Herz funktionsfähig bleibt und das Chorion gesund genug ist, um die Bildung einer gesunden Placenta zu ermöglichen. Verf. hat 3 Fälle von pathologischen Eiern untersucht und beschreibt ausführlich die Föten und die Eisäcke in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten. *Hall* (Graz).

Wasenius, Hannes: Ein Fall von Hydrorrhoea gravidarum amnialis bei extraamnialer Entwickelung der Frucht. (*Geburtshilfl.-Gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. **55**, H. 8, S. 210—217. 1913. (Schwedisch.)

30jährige 3-para. Nach einem schweren Fall Wasserabgang im 5. Schwangerschaftsmonat. Danach teils wässeriger, teils blutig gefärbter Fluß aus der Gebärmutter. Nach Fühlbarwerden der Kindsbewegungen mehr Blut. Partus im 7. Schwangerschaftsmonat. Der Fruchtwasserabgang dauerte 54 Tage. Das Kind geboren in Steißlage, Anencephalus, mit deutlichen Muskelcontracturen der Glieder, besonders der unteren Gliedmaßen. Gewicht 1000 g. Placenta 250 g mit ausgeprägter Margobildung. Boden des Eihalters: Länge 9 cm, Breite 4 cm, Umfang 16 cm. *Björkenheim* (Helsingfors).

Sellheim, Hugo: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominalem Wege. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 2, S. 166—170. 1913.

Tritt an den Arzt die Aufgabe heran, eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen und zugleich einer weiteren vorzubeugen, so kann er dies Ziel entweder zweizeitig oder einzeitig erreichen. Die Unannehmlichkeit, zweimal zu operieren und dazu zweimal zu narkotisieren, legt es nahe, die beiden für notwendig befundenen Eingriffe, sofern es der Zustand der Patientin erlaubt, in einen zusammenzuziehen. In diesem Bestreben hat es sich Verf. als zweckmäßig erwiesen, beiden Indikationen, Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation durch die Laparotomie gerecht zu werden. Die Methode besteht in Eröffnung des Uterus, Ausschälung des Eies, Reinigung der Uteruswand, Excision der Tuben und Vernähung der Uteruswunde. Die Vorzüge des Verfahrens liegen in der kurzen Dauer der Operation, der prompten Entleerung des schwangeren Uterus und der sicheren Verhütung weiterer Konzeption. *Weber* (München).

Hirt: Gravider Uterus Menses III. samt Tuben vaginal exstirpiert. (Med. Ges., Magdeburg, 10. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1745. 1913.

36 jährige Ehefrau, die nach in der Kindheit überstandener Knochen- und Drüsentuberkulose (Kniegelenkresektion) wegen jetzt bestehender Lungenphthise von der Lungenfürsorgestelle zwecks Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation überwiesen wird. 6 Geburten, 1 Abort, 1 wegen Phthise artefiziell eingeleiteter Abort vorausgegangen. Eingriff gut überstanden. *Runge* (Berlin).

Kastanajeff, G. M.: Graviditas extrauterina nach dem Material der gynaekologischen Abteilung des Obuchowspitals in St. Petersburg. Russkji Wratsch Bd. **12**, Nr. 26, S. 935—937 1913 (Russisch).

Das Material umfaßt 717 Fälle (in der Zeitperiode 1895—1910). Nach dem Alter waren: bis 20 Jahre = 20 Fälle; 20—29 Jahre = 334 Fälle; 30—35 Jahre = 240 Fälle; 36—40 Jahre = 104 Fälle über 40 Jahre = 17 Fälle. Erstgebärende waren darunter 99 mal. Unter den Mehrgebärenden hatten 192 vorher nur eine Schwangerschaft durchgemacht; 122 = 2, 111 = 3, 59 = 4, 58 = 5, 36 = 6, 17 = 7, 10 = 8, 8 = 9, 5 = 10, 3 = 13 Schwangerschaften. Die Ätiologie ist schwer festzustellen. In 45 Fällen trat die Extrauteringravidität im Laufe des ersten Jahres nach Be-

endigung einer vorherigen normalen Gravidität; in 68 Fällen nach 1 Jahr; in 80 Fällen nach 2 Jahren; in 162 Fällen nach 3—5 Jahren; in 139 Fällen nach 6—10 Jahren; in 64 Fällen nach 11—17 Jahren; in 2 Fällen nach 18 Jahren. In 585 Fällen (81%) war die Schwangerschaft 1—8 Wochen alt. Mehrmalige Extrauteringravidität war in 5 Fällen zu verzeichnen. Links und rechts war die Extrauteringravidität annähernd gleich häufig. Von den 717 Fällen waren 337 operiert, (Gesamtmortalität 8%). 267 mal war die Laparotomie angewendet, darunter 184 mal bei frischen akuten diffusen Blutungen in die Bauchhöhle (in 110 Fällen Tubenruptur, in 74 Fällen tubarer Abort). Von diesen 184 Fällen wurden gleich drainiert 11 und am 3—7. Tage nach der Operation noch weitere 17. Laparotomiert wurde noch in 41 Fällen fortschreitender Gravidität mit wachsender Hämatombildung und Verwachsungen. Hier Drainage häufiger und Rekonvaleszenz langsamer. In Fällen von vollständig abgesackter Hämatocele wurde erst dann operiert, wenn die konservative Behandlung nicht zum Ziele führte. In diese letzte Rubrik gehören 41 Fälle von Laparotomie und 6 Fälle von vaginaler Exstirpation der Tube. (Mortal. = 11,5%) und 60 Fälle von Entleerung des Hämatoms durch das hintere Scheidengewölbe (Mortal. = 3%). Eine unangenehme Komplikation der einfachen Drainage sind die Nachblutungen. in 4 Fällen mußte deswegen noch laparotomiert werden (in 2 Fällen sofort nach Entleerung des Hämatoms, in 2 eine Woche später).

Braude (Berlin).

Hirt: 4 Fälle von Extrauteringravidität. (Med. Ges., Magdeburg, 10. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1744. 1913.

Bericht über 4 Fälle, davon einer intraligamentär entwickelt, mens. 4. Kein freies Blut in der Bauchhöhle. Exstirpation desselben und Totalexstirpation des rechts bis tief ins Scheidengewölbe seiner Gefäßverbindungen beraubten, nicht mehr gestationsfähigen Uterus, da Blutung nicht gut anders zu stillen war. *Runge* (Berlin).

Falco, A.: Su alcune alterazioni anatomo-patologiche nel vomito incoercibile di origine tossica. (Über pathologisch anatomische Befunde beim unstillbaren Erbrechen auf toxischer Grundlage.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Cagliari.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Bd. 1, Nr. 6, S. 639—646. 1913.

Übersicht über die neueren Hypothesen zur Pathogenese des Schwangerschaftserbrechens. Die Versuche einiger italienischer Autoren, bestimmte pathologische Veränderungen in den Zotten und der Decidua beim Erbrechen auf toxischer Basis festzustellen und diese Formen dadurch von den reflektorisch bedingten zu trennen, haben noch keine befriedigenden Resultate ergeben. Die erhobenen Befunde, meist regressive Veränderungen, waren weder konstant, noch für das entsprechende klinische Bild typisch. Falco konnte die angegebenen Befunde bei 3 anatomisch genau untersuchten Eiern nicht bestätigen. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Massaglia, A.: Tetanie infolge experimenteller Parathyreoidinsufficenz während der Schwangerschaft und Eklampsie. (*Inst. f. allg. Pathol., Univ. Modena.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24**, Nr. 13, S. 577—581. 1913.

M. prüft die Verusche Vassales (Modena) nach. V. hat bei einer parathyreoidektomierten, saugenden Hündin Tetanie auftreten sehen und stellte die parathyreoidale Lehre der Eklampsie auf, die die Pathogenese der Eklampsie in einer Hypofunktion der Nebenschilddrüsen sucht. Diese vielfach angefeindete Lehre erhärtet M. durch interessante Versuche.

2 Hündinnen werden die Nebenschilddrüsen zum größten Teil exstirpiert, beide befinden sich darnach wohl, bis auf eine leichte, nicht meßbare Albuminurie. Erst einige Monate, nachdem die Hündinnen gedeckt sind, zeigen sie sich leidend, ihr Körper wird von leichtem Zittern geschüttelt; es stellt sich der Symptomenkomplex der Tetanie ein, der durch Geben von Parathyreoidin zwar gebessert wird, sich aber mehrmals wiederholt. Das erste Tier stirbt an Tetanie, während der Geburt, als es zum 3. Mal gedeckt ist. Die mikroskopische Untersuchung von Leber und Niere ergibt Verfettung.

Die parathyreoidale Insuffizienz zeigte sich also erst in der Schwangerschaft und während des Stillens in tetanischen Anfällen, analog dem klinischen Bilde der Eklampsie. Allerdings gibt M. zu, daß die parathyreoidale Insuffizienz nicht immer einziger, ja nicht einmal immer notwendiger Faktor für das vielgestaltige Krankheitsbild der Eklampsie ist. *Krebs* (Breslau).

Remy, S.: Diabète et grossesse. (Diabetes und Schwangerschaft.) Rev. méd. de l'est. Bd. **45**, Nr. 12, S. 453—456. 1913.

Rapider Verlauf eines Diabetes unter dem Einfluß der Schwangerschaft. 40jähr. IVp.,

Auftreten des Diabetes einige Monate vor Beginn der 5. Gravidität. In der ersten Hälfte derselben keine besondere Verschlimmerung, dagegen in den letzten 3 Monaten bei teilweise ungeeignetem diätetischem Verhalten starke Zunahme des Zuckers. Geburt ad terminum, Riesenkind, fast 5000 g, in den letzten Tagen abgestorben, enormes Hydramnion, Spontangeburt. Nach dem Partus zunächst Remission des Diabetes, nach 2 Monaten erneutes Einsetzen mit rapidem Verlauf. Auftreten von Albumen, Aceton und Diacetessigsäure. Ständige Zunahme der Zuckerausscheidung, andauernde Acetonurie trotz aller Maßnahmen. Coma und Exitus 11 Monate post partum. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Geburt:

Fossati, Giuseppe: I fenomeni plastici della testa fetale e la diagnosi postuma di presentazione e di posizione. (Die plastischen Phänomene am Kopfe des Kindes und die nachträgliche Lagendiagnose.) Arte obstetr. Jg. **27,** Nr. 11, S. 161—169 u. Nr. 12, S. 185—189. 1913.

Klinischer Vortrag. Kopfgeschwulst, Cephalhämatom und Konfiguration des Schädels werden eingehend besprochen. Nichts neues. *Colombino* (Mailand).

Jullien: A propos de l'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées. (Zur Totalexstirpation bei verschleppter Querlage.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 27, S. 298. 1913.

Unter Bezugnahme auf einen früheren von ihm gemachten Vorschlag, bei verschleppter Querlage durch abdominale Totalexstirpation zu entbinden, um die Frau vor der Uterusruptur zu bewahren, veröffentlicht Verf. jetzt einen Fall von Uterusruptur nach Wendung bei verschleppter Querlage, der sich dadurch auszeichnete, daß die linke A. uterina abgerissen und erst nicht zu finden war; sie hatte sich nach der seitlichen Beckenwand zurückgezogen. Der Fall, der übrigens genas, wird zum Beweis für die großen Gefahren der Wendung bei verschleppter Querlage und wasserleerem Uterus ausführlich berichtet. *Ponfick* (Frankfurt).

Hahl, Carl: Der Einfluß des Pituitrins auf den Blutdruck nach Blutungen. (*Geburtshilfl.-gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. **55,** H. 8, S. 218—225. 1913. (Schwedisch.)

Auf Grund seiner Untersuchungen an Frauen — 23 Fälle —, die nach der Entbindung einen größeren Blutverlust — im Durchschnitt etwa 1200 g — erlitten haben, gelangt Verf. zu dem Schluß, daß eine intramuskuläre Injektion von 0,5—1,0 ccm Hypophysisextrakt den Blutdruck nicht zu steigern vermöge. Dagegen zeigt dieser eine kräftige Steigerung, wenn gleichzeitig durch Kochsalzinfusion — hier in der Form von Klystieren — die verminderte Flüssigkeitsmenge im Gefäßsystem wenigstens teilweise ersetzt wird. *Björkenheim* (Helsingfors).

Uljanowsky, L. W.: Bildung von Hämatomen der äußeren Genitalien und der Vagina während der Geburt. Arbeit. a. d. geburtshilfl. gynaekol. Klin. Prof. Redlich, St. Petersburg. Bd. **1,** S. 161—176. 1913 (Russisch).

19 jährige Ipara. Starke Varicenbildung. Spontane Geburt eines 2150 g schweren Kindes nach einer Geburtsdauer von 1 Stunde 50 Minuten. Wegen Atonie mußte Uterustamponade gemacht werden, dabei bemerkte man ein Hämatom in der Scheidenwand, das sich im Wochenbett spontan entleerte. Besprechung der einschlägigen Literatur. *Braude* (Berlin).

Wilson: Mammary theory of the origin of eclampsia. (Mammäre Theorie der Eklampsie.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gynecol. soc., meet. 13. XII. 1912.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 6, S. 1214—1215. 1913.

Diskussion, an welcher sich Moran, Lewis, Stone, Nichols, Morgan und Wilson beteiligen, aus welcher hervorgeht, daß manches zugunsten der mammären Theorie spricht, daß aber die Frage noch keineswegs spruchreif sei, sondern noch genauer Erforschung bedürfe. *Hannes* (Breslau).

Colorni, C.: Osservazioni intorno a tre casi di taglio cesareo classico, dei quali uno ripetuto nella stessa donna. (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol. 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18,** Nr. 7, S. 107—110. 1913.

Verf. schildert drei an der Frauenklinik in Bologna ausgeführte Kaiserschnitte.

I. 40jähr. V-para, mit einer Conj. v. von 7 cm. Ein Kind war perforiert worden, die 2. Schwangerschaft mittels künstlicher Frühgeburt beendet, (Kind einige Stunden post partum gestorben), die 3. endete mit Abortus, am Ende der 4. wurde der Kaiserschnitt mit gutem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt. Auf Grund dessen wählte die Frau auch für die V. Gravidität die Sectio cesarea, welche 7 Jahre nach dem vorhergegangenen ausgeführt wurde. Adhäsionen zwischen Uterus und Bauchwand, jedoch am Uterus eine tadellose Narbe. An Stelle derselben keinerlei Verschmälerung der Muskulatur. Der Schnitt wurde in der früheren Narbe ausgeführt und nach Extraktion des Kindes in einer Schichte mittels Seidenknopfnähten geschlossen.

Bauchdeckennaht in 2 Etagen. Mutter und Kind wurden gesund entlassen. Der Uterus war bei der Entlassung etwas an der Bauchwand adhärent.

Seit Calderini die Klinik leitet, war dies der vierte Fall von wiederholtem Kaiserschnitt an derselben Frau. Verf. schließt sich der Ansicht jener Autoren an, daß wegen Beckenenge allein die Sterilisierung nach Kaiserschnitt nicht nötig sei, wenn nur die Naht gut gemacht wurde. Er begründet dies durch Angaben aus der Literatur und glaubt speziell für diesen Fall, daß die 40jährige Frau kaum mehr noch einmal schwanger würde. C. hält es aber nicht für gut, den Schnitt bei Wiederholung des Kaiserschnittes parallel dem ersten oder in anderer Richtung anzulegen, da in beiden Fällen eine schwächere Stelle resultieren müsse.

II. Der Fall betraf eine schwer eklamptische Frau mit hochgradiger Niereninsuffizienz. Einleitung der künstlichen Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Es setzten keine Wehen ein. Nach dem 3. schweren Anfalle tiefes Koma aus welchem die Pat. nicht mehr erwachte. In der Agone Kaiserschnitt, welcher ein schwer asphyktisches Kind zutage beförderte. Es wurde wiederbelebt, starb aber nach einigen Stunden, wahrscheinlich an den Folgen der schweren Intoxikation, zumal bereits bei der Geburt die unteren Gliedmassen ödematös waren. III. Der Kaiserschnitt wurde bei einer 20jähr. II-para mit hochgradig allgemein ungleichmäßig verengtem Becken (Conj. v. 7 cm) ausgeführt. Die 1. Schwangerschaft hatte mit Abort im 4. Monat geendet. Die Sectio ces. erfolgte nach Einsetzen der Wehen vor dem Blasensprunge. Schnitt im Fundus uteri nach Caruso. Der Schnitt traf die Placenta. Sofort nach der Extraktion des lebenden Kindes Pituglandolinjektion, worauf sich der Uterus gut kontrahierte. Naht des Uterus wie im I. Falle in einer Schicht ohne Mitfassen der Schleimhaut. Der Verlauf war ein glatter und am 12. Tage p. op. wurde die Frau mit dem Kinde gesund entlassen.

C. empfiehlt speziell die Pituitrininjektion gleich nach der Extraktion des Kindes, behufs guter Kontraktion des Uterus. *Nebesky* (Innsbruck).

Scipiades, Elemér: Hebosteotomie und präperitonealer Kaiserschnitt. Abhandl. a. d. Geb. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 2, H. 2, S. 576—618. 1913.

Autor vergleicht die Resultate des präperitonealen Kaiserschnittes mit denen der Hebosteotomie an Hand seiner Materials. I. Hebosteotomie. Ihre Mortalität der Mütter gegenüber den im Interesse der Mutter gebrauchten Operationen ist nicht schlechter, höher dagegen ihre Verletzungen, Morbidität, Dauer des Puerperiums, und bleibende Schäden der Genitalien. Die Blasenverletzungen vermeidet am besten die Döderleins sche Methode, Verletzungen durch plötzliches Klaffen des Beckenringes Walchersche Hängelage bei Unterstützung der Trochanteren, Vermeidung der H. bei großer Beckenenge, starkem Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken und Ungeeignetheit der Weichteile. Blutungen sind bei starker Varikosität zu befürchten (Operation an der anderen Seite!).

Hämatom zeigte sich in 14 Fällen 6 mal. Alle 12 Stunden nach Blasensprung oder bei mehr als 37,5° Operierte fieberten. 86% der Kinder lebten. Kindliche Todesursachen: Kopfverletzung durch Knochenränder, Asphyxie, Totgeburt (nach Durchsägung gleich entbinden!). Spätere Revision von 11 Frauen: 1 Exitus nach 6 Jahren (stark hinkende und leidende Frau) infolge Nierenerkrankung (Blasenfistel nach 2 Jahren geschlossen), 1 Exitus nach 2 Jahren durch Septikämie, 9 Frauen gesund. 5 Frauen gebaren später 8 mal. Knochenenden außer in 1 Falle mobilisiert.

Autor bedingt für Hebosteotomie: Pluripara, keine deutliche Infektion, Unversehrtheit des unteren Segmentes, keine Varikosität, Geeignetheit der Weichteile, womöglich keine hohe Zange, Schutz der articulatio sacroiliaca, keine Drainage, fixierender Verband. — II. Präperitonealer Kaiserschnitt. Gegenüber den im Interesse der Mutter ausgeführten Operationen zeigte er nur größere Morbidität, eine Folge des Ausschlusses auch der subfebrilen Fälle. Man suchte das Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken stets aus der Wehentätigkeit zu bestimmen, daher zweimal Wendung auf den Kopf, und nur einmal Operation bei stehender Blase resp. bei Vera unter 8 cm (7,7 cm). Einmal Ausziehungserscheinungen bei kaum für einen Finger durchgängigem Muttermund! Latzkosche Methode mit Längsschnitt, da der Pfannenstielsche Schnitt keinen Raumgewinn ergibt. Das Vorgehen erleichtert durch Füllen der Blase, die vor dem Abpräparieren zu entleeren. Zur Verminderung von Peritonealrissen: Sorgfältiger Längsschnitt, stumpfe Spateln, Rücksicht bei Entbindung auf die Um-

schlagfalte (Sellheimsche Zange), Vermeiden zu hohen Präparierens im Präperitonealraum durch Füllung der Blase und Beckenhochlagerung (Bumm). Die gute Rekonvaleszenz ist Folge der Vermeidung der Darmabkühlung und des Versenkens der Wunde des Uterus in die Tiefe. Drainage, wenn nötig, in die Scheide. — Drei spätere Geburten der Frauen wurden durch klassischen Kaiserschnitt mit Tubensterilisation beendigt. *Mohr* (Berlin).

Bengelsdorff, R.: Ein Fall von Sectio caesarea bei Placenta prævia centralis. Finska Läkaresällsk. Handl. **55**, H. 8, S. 204—209. 1913. (Schwedisch).

Verf. berichtet über einen Fall, wo er wegen unstillbarer Blutung bei Placenta praevia centralis den Kaiserschnitt ausgeführt hat. Da der Cervikalkanal nur einen Finger durchließ, konnte Metreuryse und Wendung nach Braxton-Hicks nicht vorgenommen werden. Bei Tamponierung der Vagina drang das Blut sofort durch die Tampons. 25 Tage nach der Operation wurde die Mutter gesund entlassen. Als das Kind aus der Gebärmutter hervorgeholt wurde, atmete und schrie es sofort, starb jedoch nach etwa 5 Minuten. Verf. ist der Ansicht, daß man in den meisten Fällen ohne chirurgischen Eingriff zum Ziel gelangen könne; doch hält er Sectio caesarea in einigen Fällen für nötig. *Bjökenheim* (Helsingfors).

Davis, Edward P.: The present status of cesarean section. (Über den derzeitigen Stand des Kaiserschnitts.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 12—20. 1913.

Nach einem Überblick über die Entwicklung des Kaiserschnitts und seiner einzelnen Methoden berichtet Verf. über seine Resultate.

Er verfügt im ganzen über 135 Fälle; die mütterliche Mortalität betrug 8%. Von 103 Fällen, die anscheinend nicht infiziert waren, starb einer an Peritonitis. Es ergibt sich demnach eine Mortalität von 0,97%. Von 30 infizierten Fällen starben 10 = $33^1{}_3$%. Während die Aussichten für die Kinder bei den reinen Fällen sehr gute waren, war die Kindesmortalität bei den infizierten Fällen eine sehr beträchtliche. 79 mal wurde der klassische Kaiserschnitt, 34 mal die Exstirpation des Uterus mit intraabdomineller Stumpfversorgung, 20 mal die Porrosche Operation und 2 mal der Kaiserschnitt an der Toten ausgeführt. *Engelhorn* (Erlangen).

Friedrich: Spontanentbindungen nach Pubosteotomie. (Med. Ges., Kiel, Sitz. vom 5. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1741. 1913.

Bericht zweier Fälle von engem Becken mit Demonstration der einen Pat., die durch Pubotomie nach Bumm glatt entbunden und ohne Störungen entlassen wurden. Beide Frauen wurden später wieder schwanger und kamen ohne Komplikationen spontan nieder. *Runge.*

Wochenbett:

Scherer, Alexander: Kann die bakteriologische Untersuchung für die Behandlung des Abortus richtunggebend sein? (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Pest. med.-chirurg. Presse Jg. **49**, Nr. 32, S. 261—265. 1913.

Scherer wendet sich gegen den Vorschlag Winters, alle infolge uteriner Infektion fiebernden Aborte bakteriologisch zu untersuchen und bei Nachweis des Streptococcus hämolyticus jede aktive Therapie zu unterlassen.

60 poliklinische, fieberfreie Abortfälle wurden bakteriologisch untersucht. Alle Fälle wurden aktiv behandelt und verliefen glatt, obgleich in 14% der Streptococcus hämolyticus gezüchtet werden konnte. (Winter fand bei septischen Aborten in 25% Strept. hämol.)

Es ist also eine klinische Bewertung und Indikationsstellung nach dem bakteriologischen Befund nicht möglich. Auch andere Erwägungen sprechen gegen den Vorschlag Winters: Blutungen zwingen den Arzt oft zu sofortigem Eingreifen; durch die bakteriologische Untersuchung (Dauer 2—3 Tage) wird die Behandlung erheblich verlängert, was auch sozial von Bedeutung ist; das Züchtungsverfahren ist zu umständlich und für den unter bescheideneren Verhältnissen Praktizierenden nicht durchführbar; bei längerem Zuwarten sinkt infolge der ständigen Einwirkung faulender Eiteile die bakterieide Kraft des Körpers, so daß andere, weniger pathogene Keime gefährlich werden können. Züchtung der im Blut kreisenden Bakterien und Berücksichtigung der anaëroben Kulturen Schottmüllers würden vielleicht eher aktiv und abwartend

zu behandelnde Fälle unterscheiden lassen, sind aber nur in der Klinik durchführbar und für den Praktiker daher vorläufig wertlos. *Bischoff* (Düsseldorf).

Zazkin, A. E.: Zur Bedeutung der hämolytischen Streptokokken in der Pathologie des Wochenbetts. Arbeiten aus der geburtshilfl. gynaekol. Klinik Prof. Redlich, St. Petersburg. S. 83—112. 1913. (Russisch.)

Es wurden Lochien von 53 fiebernden Wöchnerinnen, darunter 15 Fälle Endometritis, 11 Parametritis, 9 Pelvioperitonitis acuta, und 17 Septicopyämie auf hämolytische Streptokokken nach Schottmüller untersucht. In 73,58% der Fälle fanden sich hämolytische Streptokokken. Zur Kontrolle wurden noch normale Wöchnerinnen, gravide und gynaekologische Kranke auf Streptokokken untersucht. Bei 56 normalen Wöchnerinnen fanden sich hämolytische Streptokokken in 21,43%; bei 23 Graviden im Cervicalkanal in 17,30%; bei 32 gynaekologischen Kranken in 21,88%.

Eine absolute diagnostische Bedeutung für das Kindbettfieber kommt also den hämolytischen Streptokokken nicht zu. Ebensowenig bedeutet das Vorfinden derselben in den Lochien für die Prognose. Dagegen wird die Prognose stark getrübt, wenn hämolytische Streptokokken sich im Blut finden. Um die Frage zu klären, ob ein Coitus die Streptokokkeninfektion begünstigen kann, wurden nach dem Gedanken von Prof. Redlich bei 30 nicht genital kranken Männern das Smgema praeputii untersucht. In 6 Fällen fanden sich hämolytische Streptokokken. Als Prophylakticum muß also der Koitus in den letzten Monaten der Gravidität verboten werden. *Braude* (Berlin).

Gröné, Otto: Metritis dissecans puerperalis. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli—2. Aug. 1913.

28jährige Erstgebärende, die ohne künstliche Hilfe und ohne innere Untersuchung gebar. Eine kleine Episiotomie war vorgenommen worden, die normal heilte. Einige Tage nach der Geburt bekam die Patientin Fieber und übelriechenden Ausfluß. Die Patientin hatte keine subjektiven Erscheinungen, aber eine bedeutende Anämie (45% Hämoglobin). 22 Tage nach der Geburt wurde der Uterus bei einer intrauterinen Untersuchung perforiert; er wurde sofort exstirpiert. Die Patientin genas. Der exstirpierte Uterus zeigte auf der Schnittfläche in größerer und kleinerer Ausdehnung Zerfallprozesse, die sich auf einzelnen Stellen fast bis zur Serosafläche erstreckten. Mikroskopisch wurden ausgedehnte Nekrosen gefunden, und das Bindegewebe war von einer reichlichen Rundzelleninfiltration durchsetzt. Keine Decidua oder andere Zeichen von Schleimhaut; nirgends Zellen fötalen Ursprungs. Das Interessante an diesem Falle ist, daß wir es hier sicher mit einem Falle von Autoinfektion zu tun haben. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Pelz, A.: Über einen im Wochenbett unter dem Bilde eines Hirntumors mit Ausgang in Heilung aufgetretenen Krankheitszustand. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 30, S. 1400—1403. 1913.

Nach der ersten Geburt in der 3. bis 5. Woche sehr heftige Kopfschmerzen. Diesmal wieder in der 3. Woche ohne Fieber mit heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Benommenheit erkrankt. Pulsverlangsamung bis 44, Stauungspapille, erhöhter Liquordruck, keine cerebralen Herdsymptome. Nach einigen Tagen heftiger epileptischer Anfall; anschließend für einige Zeit Agraphie und Apraxie. Darauf Besserung, in 4—6 Wochen Heilung.

Die diagnostischen Erörterungen lassen den zuerst vermuteten Hirntumor wegen der Heilung ausschließen. Eine Encephalitis kommt wahrscheinlich auch nicht in Betracht (Heilung ohne Defekt, fieberloser Verlauf, Pulsverlangsamung, Fehlen von Herderscheinungen). Wahrscheinlich handelt es sich um eine Meningitis serosa mit Ausbildung eines akuten Hydrocephalus, als Teilerscheinung einer Schwangerschaftsintoxikation. Zwei ähnliche Fälle aus der Literatur. Hypophysentumor wird abgelehnt. — Aus den Symptomen ist eine bestimmte Diagnose nicht zu stellen; aber der periodische Verlauf, die Rezidive in verschiedenen Wochenbetten könnten Anhaltspunkte dafür geben. *Kermauner* (Wien).

Foetus und Neugeborenes:

Hansen, H. J.: Untersuchungen betreffend das Gewicht neugeborener Kinder (Mitteilungen vom anthropologischen Komité, Kopenhagen 1913).

Hansen hat das Gewicht einer großen Anzahl neugeborener Kinder untersucht. Er findet hierbei das Gewicht neugeborener Kinder auf dem Lande größer als in der Entbindungsanstalt. Während das Durchschnittsgewicht hier 3333 g beträgt, waren die Knaben auf dem Lande 9,3% und die Mädchen 8% schwerer. Dies hängt sicher damit zusammen, daß sich in der Ent-

bindungsanstalt weit mehr unverheiratete, weit mehr junge und erstgebärende Mütter befinden, und weil dort viel mehr Zwillingsgeburten vorkommen als außerhalb derselben. Gleichzeitig bestätigt H., daß das Gewicht der Kinder mit dem Alter der Mutter und der Zahl der Geburten zunimmt. Die ökonomischen Verhältnisse der Mütter haben keinen großen Einfluß auf das Gewicht der neugeborenen Kinder, uneheliche Kinder sind jedoch von allen die kleinsten. In den verschiedenen Jahreszeiten ist das Gewicht neugeborener Kinder im Herbst am größten, im Winter nimmt es ab bis zum Frühling; zu dieser Zeit ist es am geringsten. *Gammeltoft.*

Beck, C., Die Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Eiweißmilch. Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 25, S. 737—742. 1913.

Über die von Finkelstein und Meyer zur Behandlung der Ernährungsstörungen des Säuglings empfohlene Eiweißmilch fällt Verf. ein günstiges Urteil, das sich auf 300 eigene Fälle gründet. Bei allen Arten von Magen-Darmerkrankungen hat sie ihm gute Dienste geleistet. Der Vorteil der Eiweißmilchtherapie liegt darin, daß schneller als bei irgend einem anderen Nährgemisch zu genügenden Mengen übergegangen werden kann, ohne daß ein Wiederbeginn der Gärungen zu befürchten wäre; die Gefahr der Inanition wird dadurch ausgeschaltet.

Das neuerdings im Handel befindliche Präparat ist mit dem gleichen Quantum abgekochten Wassers zu verdünnen und wird dann unter Zusatz allmählich steigender Mengen von Kohlehydrat (Zucker, Mehl) verabreicht. Insgesamt soll auch bei über 5 kg schweren Kindern nicht mehr als 1 l pro Tag gegeben werden. Nach etwa 2 Wochen kann man bei guten Stühlen und gleichmäßiger Gewichtszunahme die Eiweißmilch durch eine andere Nahrung, verdünnte Kuhmilch oder Malzsuppe, ersetzen. *Holste* (Stettin).

Lurie, William A.: Collection of urine from female babies. (Das Auffangen des Urins bei weiblichen Säuglingen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 26, S. 2045. 1913. •

Verf. befestigt ein Saugglas über die Vulva mittels Heftpflasterstreifen und verbindet das Rohr mit einer Flasche, die entweder an das Bein des Kindes befestigt wird oder einfach im Bette liegen bleibt. *Hall* (Graz).

Leidenius, Laimi: Ein Fall von Gonokokkämie ohne nachweisbaren Eingang bei einem Neugeborenen. (*Geburtshilfl.-Gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk., Handl., Bd. **55**, H. 8, S. 226—231. 1913. (Schwedisch.)

Der Fall wurde in der Entbindungsanstalt zu Helsingfors beobachtet. 10 Tage nach der Geburt erkrankte das Kind, ein Knabe, an einer Entzündung des rechten Kniegelenks; später wurden auch das linke Kubital- und das eine Mandibulargelenk angegriffen. Die Punktion ergab dünnflüssigen, Gonokokken enthaltenden Eiter. Während der etwa 6 Wochen langen Krankheit litt das Allgemeinbefinden nur wenig. Nach ungefähr 8 Wochen stellte sich die Funktionsfähigkeit allmählich wieder ein; war, als das Kind ein halbes Jahr alt geworden, beinahe normal und hat sich später noch verbessert. Die ganze Zeit keine Spur von Ophthalmoblennorrhöe. Proben aus Conjunctivalsekret, Mund und Harnröhre ergaben ein negatives Resultat. 3 Tage nach der Entbindung wurden der Uterus und die Vaginallochien der Mutter untersucht und Gonokokken gefunden. Das Kind wurde entweder während der 12 Stunden dauernden Geburt, die mit Blasensprung begann, infiziert, oder auch die Ansteckung war eine intrauterine, eine Placentarinfektion. *Björkenheim* (Helsingfors).

Post, M. H.: The prevention of blindness. (Die Prophylaxe der Blindheit.) Journal of the Missouri State med. Assoc. Bd. **9**, Nr. 7, S. 232—234. 1913.

Erblindung kann ihre Ursache haben in einem Trauma, einer Erkrankung und in Erblichkeit. Was den zweiten Modus betrifft, so stehen die Ophthalmia neonatorum, die gonorrhoische Ophthalmie und das Trachom obenan. Im Staate Missouri ist bei 20% der Blinden Ophthalmia neonatorum die Ursache; davon hat in 60% der Fälle die Infektion bei der Geburt im gonorrhoisch erkrankten Genitalkanal der Mutter stattgefunden. Die Prophylaxe soll also darin bestehen, die gonorrhoische Infektion der Eltern zu verhüten oder eventuell zu heilen und wenn einmal eine solche vorgelegen hat, den Geburtshelfer davon in Kenntnis zu setzen, damit dieser seine Maßregeln nehmen kann. Bei jeder Augenentzündung des Kindes innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt, soll sofort ein Augenarzt hinzugezogen werden. — Erblindung durch Erblichkeit kann entstehen bei Syphilis der Eltern. Liegt dieser Fall vor, so soll in der Schwangerschaft bei der Mutter prophylaktisch eine Schmierkur vorgenommen werden, und beim Neugeborenen soll genau auf die geringsten Zeichen einer Keratitis oder Iritis geachtet werden. — Auch Retinitis pigmentosa (Nachtblindheit) und Cata-

racta congenita sind von den Eltern auf die Kinder erblich. Diese Möglichkeit der Vererbung soll durch ein gesetzliches Heiratsverbot derartig Erkrankten vorgebeugt werden. *Lamers* (Amsterdam).

Sauvage, C., et Louis Géry: Un cas de gommes syphilitiques volumineuses chez un nouveau-né. Répartition des tréponèmes. (Ein Fall von syphilitischen Gummatas von erheblichem Umfange bei einem Neugeborenen. Verteilung der Spirochäten.) Ann. de l'inst. Pasteur Bd. **27**, Nr. **6**, S. 489—497. 1913.

Gewöhnlich trifft man Gummata bei dem Säugling erst nach mehreren Monaten, in miliarer Form und ohne besonderen Umfang. Auch das Vorkommen zahlreicher Spirochäten im gummatösen, weniger am perigummatösen Gewebe berichten nur Gaston und Girald.

2. Kind von anscheinend gesunder Frau, geb. 12. III. 1912. 1. Kind starb nach 2 Monaten an Gastroenteritis. 2. Kind von demselben Vater. Palmo-plantarer Pemphigus. Placenta 750 g, groß für das Kind von 2475 g. Starker Ikterus. Exitus am 5. Tage. Autopsie: Pemphigus stark ausgebreitet. 2 erbensgroße Gummata in r. und l. Lunge. Leber 251 g, sehr groß, 2 nußgroße Gummata. Sklerose des Paremchyms. Milz groß, 25 g. Gehirn kongestioniert. Ventrielk ausgeweitet. Wassermann positiv. Spirochäten mit sorgfältigster Silberfärbung nur in den Gummatas der Lunge, sowie in den Gummatas des r. Leberlappens, hier sehr zahlreich, zu finden, während sie gewöhnlich gerade in den Gummatis selten gefunden werden. Die Virulenz der in der hereditären Form sonst sehr unheilvollen Spirochäten scheint hier gering und Neigung der Spirochätenseptikämie zur Umwandlung in eine mehr lokale Affektion vorhanden gewesen zu sein. *Mohr* (Berlin).

Gröné, Otto: Epidurales Haematom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli-2. Aug. 1913.

Gröné teilt 4 selbst beobachtete Fälle von epiduralen Blutungen im Rückenmarkskanal Neugeborener ohne nachweisbare Veränderungen in der Wirbelsäule oder den Ligamenten derselben mit. In 1 Falle handelte es sich um eine schwere Geburt in der Gesichtslage, die ohne künstliche Hilfe zu Ende ging, bei der das Kind aber starb. Im Rückenmark derselben fand man ein epidurales Hämatom, sonst nichts Besonderes. Im zweiten Falle handelte es sich um eine leichte Geburt in der Schädellage. Das Kind lebte 7 Tage. Bei der Sektion fand sich ein kleiner Riß im Tentorium sowie ein epidurales Hämatom. Im dritten Falle handelte es sich um den zweiten Zwilling. Es wurde ohne irgendwelche Schwierigkeit in Fußlage geboren, starb 3 Tage später. Die Sektion ergab nichts als ein epidurales Hämatom. Im letzteren Falle handelte es sich um einen ersten Zwilling, in Schädellage geboren, der 3 Tage später starb. Auch hier wurde ein Hämatom im Rückenmarkskanal gefunden. Alle Fälle hatten ziemlich dasselbe Aussehen. Ein zusammenhängendes Blutkoagel erstreckte sich fast vom Foramen magnum bis zum untersten Teil der Dorsalwirbel. In keinem der Fälle war eine Beschädigung der Wirbel oder der Ligamente, auch nicht der Dura oder der großen Gefäße vorhanden. *Gammeltoft.*

Reed, Edward N.: Infant disemboweled at birth, appendectomy successful. (Eventratio eines Kindes bei Geburt, erfolgreiche Appendektomie.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 3, S. 199. 1913.

Große und kleine Därme bei Geburt durch eine Öffnung der Nabelschnur 3 cm vom Nabel entleert, reichlich verunreinigt. Nach 2 Stunden Operation. Reinigung des Darmes mit Kochsalzlösung. Abtragung der geschwollenen Appendix nach Ligatur. Die für 2 Fingerspitzen durchgängige Nabelöffnung oben und unten um $^3/_4$ cm erweitert, Abtragung des Nabelschnuransatzes, Schluß des Nabels mit einer versenkten Katgut- und einer Silkwormnaht. Heilung mit kleinem Stichabsceß. *Mohr* (Berlin).

Estor, E., et E. Étienne: Les faux spina-bifida. (Médullomes ou médulloembryomes.) (Spina bifida falsa [Medullome oder Medulloembryome].) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 6, S. 785—816. 1913.

Mitteilung eines einen $4^1/_2$ Jahre alten Knaben betreffenden Falles, in dem sich in der Mittellinie im Nacken ein kleiner kongenitaler Tumor befand, der durch Exstirpation beseitigt wurde, und ausführliche Wiedergabe eines zweiten ähnlichen Falles von Vialleton. Diese Tumoren, welche im ersten Augenblicke als Meningocele, Myelocystocele oder Meningomyelocele bei Spina bifida imponieren, sind gestielte Tumoren, die zwar nervöses Gewebe, aber keinen Liquor cerebrospinalis enthalten. Auch zeigte sich keinerlei Spaltung der Wirbelsäule. Verf. bezeichnet sie daher als Spina bifida falsa und die Geschwulst, die man entweder als eine embryonale oder als Rest einer abgestorbenen zweiten Frucht auffassen kann, als Medullom oder Medulloembryom. Die

Geschwulst, deren Symptomatologie sich auch von der echten Spina bifida durch das Fehlen jedweder nervösen Symptome unterscheidet, ist ohne Gefahr durch Exstirpation zu beseitigen. *Stettiner* (Berlin).[CH]

Grenzgebiete.

Soziales. Statistik:

Maurel, E.: De la masculinité comme caractère de l'eugénisme ou du dysgénisme. (Über die Maskulinität als Anzeichen der Eugenik oder Dyseugenik.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 28, S. 317—323. 1913.

Auf die Zahl der männlichen Geburten übt zunächst das Alter der Eltern einen Einfluß aus; junge und daher im kräftigen Alter stehende Eheleute weisen mehr Knaben auf, und zwar fällt dies beim Vater noch mehr als bei der Mutter ins Gewicht. Auch die Primogenitur läßt mehr Knabengeburten erkennen. Die Erfahrungen der Tierzüchter zeigen, daß bei häufigerem Geschlechtsverkehr am Anfange mehr männliche, gegen Schluß mehr weibliche Tiere zur Welt kommen, ebenso, daß zu Beginn der Brunst mehr Weibchen, gegen Ende (reiferes Ei!) mehr Männchen geboren werden. Ferner ist ein sozialer Einfluß nicht zu verkennen. Die ackerbautreibende Bevölkerung erzeugt die meisten Knaben, die der kleinen Städte schon weniger und die von Paris die wenigsten. Das letztere gilt auch für die Ehen der besser situierten Stände. Wahrscheinlich dürfte die bessere Ernährung oder besser gesagt, die Überernährung eine wichtige Rolle spielen. Auch hält Verf. gewisse Krankheiten, wie Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus, die gerade in den Städten mehr verbreitet sind, für belangreich. Soviel umfangreiche Statistiken in Argentinien lehren, ist die Zahl der männlichen Kinder bei Eltern gleicher Nation geringer, als wenn Vater und Mutter verschiedenen Völkern angehören. Die Knaben werden nicht nur mit einem höheren Körpergewicht, sondern auch mit einem bereits entwickelteren Knochensystem geboren. Sie dürften demnach aus einer Empfängnis hervorgegangen sein, die unter besseren Bedingungen erfolgte. Aus allen diesen Gründen erblickt Verf. in einer hohen Maskulinität ein demographisches Anzeichen des Eugenismus. Mit dieser Behauptung steht nun die von Worms im Widerspruch, daß das männliche Geschlecht gerade weniger widerstandsfähig als das weibliche wäre. Verf. gibt ohne weiteres die zugunsten dieser Auffassung beigebrachte Tatsache zu, daß mehr Knaben sowohl während der Schwangerschaft, als auch in den ersten Jahren nach der Geburt sterben als Mädchen, meint aber, daß Worms diese Tatsache unrichtig auslege. Seiner Ansicht nach hänge die größere Mortalität des männlichen Geschlechtes vor, bei und in den ersten Tagen nach der Geburt gerade mit seiner kräftigeren Entwicklung zusammen, die das Passieren der Geburtswege erschwere und daher häufiger den „Traumatisme obstétrical" hervorrufe, der die größere Mortalität erkläre. Auch die größere Sterblichkeit der männlichen Kinder in den ersten Lebensjahren gibt Verf. zu, erklärt sie aber auf seine Weise. Er unterscheidet in der Hauptsache Darmaffektionen, Affektionen der Atmungsorgane und angeborene Schwächezustände (vereinigt mit Bildungsstörungen). Er meint zu dem ersten Punkte, daß die Knaben wegen ihrer kräftigeren Entwicklung auch bessere Verdauungsorgane besäßen, daher leicht überernährt würden und häufiger erkrankten. Bezüglich der zweiten Gruppe behauptet er, daß es Mikroben gäbe, die sich mit Vorliebe auf einem Serum ansiedelten, das an Elementen besonders reich wäre, zu ihnen gehörten der Pneumokokkus und Streptokokkus; die neugeborenen Knaben, die besonders gut ernährt werden, disponierten daher hierzu. Mit dem dritten Punkt, der größeren Häufigkeit kongenitaler Schwäche und Bildungsfehler beim männlichen Geschlecht vermag sich Verf. nicht abzufinden; hier muß er zugeben, daß die Tatsachen zugunsten der Theorie von Worms sprechen. *Buschan* (Stettin).

Futcher, T. B.: Eugenics in its relationship to the welfare of the public. (Die Beziehungen der Eugenik zur Volkswohlfahrt.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 1, S. 1—16. 1913.

Nach einem Überblick über die Geschichte der Eugenik betont Verf. die Wichtig-

keit geschlechtlicher Zuchtwahl im Sinne der Eugenik, um die Gesamtheit vor den ungeheuren Ausgaben zu schützen, welche die Abkömmlinge von minderwertigen Menschen, wie Schwachsinnigen, Irrsinnigen, Gewohnheitsverbrechern usw., dem Staate auferlegen. Zu diesem Zwecke schlägt er folgendes vor: 1. alle Menschen, die in die ebengenannte Kategorie gehören, zu kastrieren, 2. läßt sich dies nicht durchsetzen, dann soll man mindestens für Trennung der Geschlechter während der ganzen Dauer der Fortpflanzungsfähigkeit sorgen, 3. dürfen keine Ehen geschlossen werden ohne ein ärztliches Zeugnis, 4. (spez. für Amerika bestimmt) genauere Kontrolle der Einwanderer. *Wiemer* (Herne).

Jenouvrier, L.: Un danger mortel. (Eine Lebensfrage.) Enfance Jg. **1**, Nr. 6, S. 440—446. 1913.

Referat des im Titel angeführten Artikels, nach dem Jenouvrier nicht vom Gesetzgeber, sondern vom Wiederaufleben des christlichen Glaubens und der dadurch bedingten Geringschätzung des Luxus eine Steigerung der Geburtenzahl erhofft. *Schneider.*

Reid, A. P.: Eugenics, the sordid, scientific side or life. (Rassenhygiene, die unsaubere, wissenschaftliche Seite des Lebens.) Public health journal Bd. **4**, Nr. 5, S. 284—287. 1913.

Die ersten Studien über dieses Gebiet wurden 1865 von J. G. Mendel, Pfarrer in Brünn, veröffentlicht. Erst 1900 bearbeitete H. Devrier dieselbe Frage. Seine Theorie der individuellen Zellunabhängigkeit beruht auf derselben Basis wie Darwins Lehre von der Zuchtwahl. Die Mendelschen Gesetze vermögen wenigstens den Atavismus, d. i. die Neigung, Eigenschaften der Vorahnen anzunehmen, zu definieren und geben gleichzeitig die Mittel, um den unerwünschten Rückgang einer Rasse zu beheben. Das am meisten interessierende Mendelsche Gesetz lautet: In jeder der Verbindung zweier ungleichen Rassenarten entspringenden Generation werden 25% von jedem Typ rein sein und 50% sich als Hybriden entwickeln. Dies Gesetz wird auch in Zukunft seine Geltung behalten. So läßt sich aus der Beobachtung der Vergangenheit ein Schluß auf die Zukunft einer Rasse ziehen. Besonders beim Studium von Verbrecherfamilien bietet dies Gesetz interessante Hilfspunkte. Erwähnung der Jukesfamilie, die in 75 Jahren dem Staat New York 1 308 000 Dollar kostete, und der Verbrechermutter Margaret, deren Nachkommen in 100 Jahren mehrere Millionen Dollar Aufwendungen in Zucht- und Krankenhäusern verlangten. Diese unhaltbaren Zustände zu beheben, bleibt nur energisches Eingreifen gegenüber dem Ursprung einer solchen entarteten Abkommenschaft. Strafen versagen gegenüber dem degenerierten Verbrecher. Eine strenge Trennung in Idiotische und Verbrecher müßte durchgeführt werden. Heiratsgesetze können hier vieles leisten, müßten aber auch auf die besitzenden Klassen angewandt werden. Schulgemäße Bildung wird wenig helfen, die Kirche mit ihrer Autorität in Sachen der Moral kann allein mit Aussicht hier arbeiten, zumal die Zahl der Irreligiösen in jeder Gemeinde sehr beschränkt ist. Auch letztere könnten zu moralischen Allgemeinbesprechungen angeregt werden. Um die geistig Minderwertigen in ihrem die Gesellschaft schädigenden Treiben zu hemmen, gilt es, Asyle und Krankenhäuser in großem Styl zu schaffen. Geld allein genügt nicht, Organisation und Takt sind die Hauptsachen. *Mohr* (Berlin).

Felhoen, R.: De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine. (Das Aufziehen der Brustkinder von Fabrikarbeiterinnen.) (Congr. nat. de la protect, du prem. âge, Bordeaux, mai 1913.) Nourrisson Jg. **1**, Nr. 4, S. 224—227. 1913.

Auf Felhoens Anregung hin, beschloß der Kongreß einen Gesetzesantrag folgenden Inhalts einzubringen: Jeder Arbeitgeber, der mehr als 100 Frauen über 18 Jahre beschäftigt, ist verpflichtet ein Stillzimmer einzurichten, in dem aber ausschließlich Brustkinder von 1—13 Monaten aufgenommen zu werden brauchen. Dies System, zu dem ein einfaches, luftiges, heizbares Zimmer mit Bänken, Tischen und Kinderbetten genügt, soll sich nach dem Referat schon in zahlreichen Betrieben Frankreichs gut bewährt haben. *Schneider* (Freiburg).

Paterne, Veil-Picard et Sergent: La loi Roussel. Des améliorations à apporter au contrôle de l'élevage. (Das Gesetz Roussel. Verbesserungen zur Kontrolle der Säuglingspflege.) (Congr. nat. de la protect. du prem. âge, Bordeaux, mai 1913.) Nourisson Jg. 1, Nr. 4, S. 234—235. 1913.

Paterne fordert in seinem Referat, daß dem Arzt in den Kommissionen die einflußreichste Stelle eingeräumt werde. Hierzu sei eine bessere Honorierung seiner Leistungen und eine obligatorische Ausbildung in der Kinderheilkunde die Vorbedingung. Die Kontrolle der Säuglinge müsse in den ersten 8 Monaten wöchentlich, bis zum 16. Monat 14tägig und bis zum Ende des 2. Jahres einmal monatlich erfolgen; in kleineren Gemeinden zweimal monatlich. Veil-Picard und Sergent fordern ärztliche Untersuchung aller Kinder, Schaffung von Stationen zur provisorischen Unterbringung der Schwächlichen und Frühgeborenen, Einweisung aller Kranken in Krankenhäuser; ferner unbedingte Angliederung von beamteten Ärzten an die Kommissionen, regelmäßige Veröffentlichung des Kommissionsberichtes, Angabe der Gründe für Entziehung von Pflegekindern, Ausgabe amtlicher Fragebogen zur Vermeidung heimlicher Unterbringung; Ausstellung der Zulassungsscheine für Pflegemütter nur durch den beamteten Arzt und endlich Vermehrung aller bestehenden Einrichtungen. *Schneider* (Freiburg).

Gosselin: Considérations sur la loi Roussel. (Loi du 23 décembre 1874.) (Bemerkungen über das Gesetz Roussel. [Gesetz vom 23. Dezember 1874.]) Bull. mens. de la soc. d'hyg. de l'enf. Jg. 27, Nr. 220, S. 67—70. 1913.

Das Gesetz, das, kurz nach dem Kriege angenommen, den Schutz des zartesten Kindesalters zum Zweck hatte, beabsichtigt Überwachung der außerhalb des elterlichen Domizils in Pflege gegebenen Kinder. Die Rekrutierung der Pflegemütter ist schwierig. Die Reisen zum Vermietungsbureau sowie die Kosten der Vermietung nehmen die Mittel der Frau sehr in Anspruch, bei einem Monatsgehalt von 35 Mark, wobei die Pflegemutter die Milch liefern muß. Autor schlägt staatliche Vermietungsbureaus vor. Von den Pflegemüttern sei eine gewisse Ausbildung in der Kinderpflege zu verlangen. Das durch das Gesetz Roussel dem ärztlichen Inspektor zustehende Recht, ein schlecht sich entwickelndes Kind der Pflegemutter zu entziehen, läßt sich schwer durchführen, da die Schuld derselben nur schwer zu beweisen ist. Hierfür sind Kinderhospitäler einzurichten, um erbliche Belastungen, zufällige Erkrankungen, schlechte Beschaffenheit der Milch auszuschalten, ein Mangel, der allerdings nur in der Provinz zu beheben wäre. *Mohr* (Berlin).

Comméléran: Morbidité et mortalité infantiles dans le cercle de Tivaouane en 1912. (Morbidität und Sterblichkeit im Bezirk Tivaouane im Jahre 1912.) Ann. d'hyg. et de méd. colon. Bd. 16, Nr. 2, S. 333—336. 1913.

Verf. hat beobachtet, daß im Bezirk Tivaouane die Morbidität unter den Kindern im Jahre 1912 um 11% höher war als 1910. Die Ursache war eine besondere Epidemie unter den Kindern in Bayar.

Das klinische Bild war folgendes: Plötzliches hohes Fieber, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Lebergegend, bei Berührung vermehrt, Obstipation, Erbrechen von galliger Flüssigkeit, wenig Urin. Das Fieber hielt 4—5 Tage an, zum Schluß trat ein schwerer Ikterus auf. Das Blut wurde nur einmal untersucht, es fanden sich keine Hematozoen. Einmal wurden, unter 5 Untersuchungen, im Urin Spuren von Eiweiß gefunden. 0,3 g Chinin war ohne Wirkung auf das Fieber. Die Kranken wurden mit Ricinusöl und Tamarin behandelt, mit Alkohol- und Citroneneinreibungen, mit Tee von Maisbarten und mit Lactose. Sie genasen.

Aus verschiedenen Mitteilungen erfuhr Verf., daß sonst die Sterblichkeit ungefähr 50% beträgt. Die Infektiosität steht außer Zweifel. Die Kranken sterben gewöhnlich am dritten Tage; sie werden ganz kalt, lassen keinen Urin mehr und das Erbrochene wird schwarz oder rot. Am meisten trifft die Krankheit Kinder von 1—6 Jahr. Im Bezirk M'Bayar, zwischen Kebemer und Gueoul war die Sterblichkeit besonders hoch. Verf. teilt noch mit, daß zur Zeit dieser Epidemie in Kebemer ein Fall von Typhus amaryl. auftrat. *Daels* (Gent).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band II, Heft 14. S. 657—720

Ergebnisse.

12.

Wechselbeziehungen zwischen Intestinaltraktus und Genitale.

Von

Privatdozent Dr. **Hans Schlimpert**, Freiburg i. Br.

Die Wechselbeziehungen zwischen Genitale und Intestinaltraktus sind von Freund in Lubarsch-Ostertags Ergebnissen III, 2 und von Kehrer im Jahre 1905 in einer Monographie[1]) behandelt worden. Sie bildeten das Referatthema auf dem 25. Kongreß für innere Medizin in Wien 1908[2]) und wurden neuerdings in einer von Wagner in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie geschriebenen zusammenfassenden Arbeit besprochen[3]). Seit dem Erscheinen von Kehrers Monographie sind als neue Momente in der Beurteilung der Ätiologie und Diagnose der Zusammenhänge zwischen Genitale und Intestinaltraktus im wesentlichen folgende hinzugekommen:

1. die ausgedehntere Kenntnis der Bedeutung der inneren Sekretion;
2. die verbesserte Technik der funktionellen Magen- und Darmuntersuchung, und zwar speziell die Entwicklung der Röntgendiagnostik des Magen-Darmkanals mit Wismutbrei nach Rieder.

Ich gebe im folgenden ein kritisches Übersichtsreferat über die wichtigsten seit dem Erscheinen der Kehrerschen Monographie[1]) veröffentlichten Arbeiten, die sich auf die Wechselbeziehungen zwischen Intestinaltraktus und Genitale beziehen; ich schließe dabei aus — weil sie ein besonderes Kapitel darstellen — die Beziehungen zwischen Appendicitis und Genitalorganen, und die Beziehungen zwischen dem Peritoneum und dem Genitale.

I. Beziehungen der Organe des Mundes und der Rachenhöhle zum Genitale und umgekehrt.

1. Lippen.

Während der Menstruation kommt es relativ oft an den Lippen zur Bildung eines Herpes labialis. Riebold[23]) beobachtete bei den von ihm beschriebenen Fällen von Menstruationsfieber auch einmal das Auftreten von Herpes labialis.

Zu den Seltenheiten gehören vikariierende Menstruationsblutungen aus den Lippen.

Hauptmann[11]) beschreibt folgenden Fall; bei einem Mädchen traten seit dem 14. Jahre regelmäßig alle 4 Wochen Blutungen unter die Haut und Schleimhaut der Ober- und Unterlippe auf, bis mit dem 15. Jahr die Menstruation einsetzte. Diese war unregelmäßig; mitunter blieb sie ganz aus und an ihre Stelle traten die Lippenblutungen oder sie trat erst ein, nachdem die Lippenblutungen 2—3 Tage vorhergegangen waren. Der Verlauf war meist gleichförmig. Einige Tage vor dem Menstruationstermin trat ein Ziehen in den Lippen auf, dann begann in der Mitte der Haut der Oberlippe eine mäßige Schwellung sich auszubreiten, die in wenigen Stunden bis zu einer rüsselartigen Auftreibung anwuchs. Schließlich kam es zu Rhagadenbildung und Blutaustritt. Nach $1^1/_2$ Tagen war der Prozeß in der Oberlippe abgeklungen und es wiederholte sich dasselbe an der Unterlippe, so daß nach 3 Tagen die Schwellung völlig verschwunden war.

2. Mundschleimhaut und Zahnfleisch.

Mit den bei der Menstruation und in der Schwangerschaft auftretenden Veränderungen an der Mundschleimhaut und dem Zahnfleisch haben sich die Zahn- und Mundärzte in den letzten Jahren vielfach beschäftigt. Es wird von Schwellungen und Hyperämien, in einigen Fällen auch von dem Auftreten von Entzündungen, Stomatitiden und Gingivitiden berichtet.

Scheff[26]) erwähnt in seinem Handbuch der Zahnheilkunde das häufige Auftreten „katarrhalischer Stomatitiden“ während der Menstruation. Das Zahnfleisch ist in dieser Zeit stellenweise hypertrophisch ohne entzündliche Symptome und blutet schon bei einfacher Berührung, meist ist die Erscheinung nur auf die Interdentalpapille der beiden oberen und unteren Zentralschneidezähne begrenzt, mitunter ist aber auch das ganze Zahnfleisch ergriffen, das Periost entzündet und die Zähne selbst gelockert, so daß Gefahr besteht, daß diese verloren gehen. Auch vikariierende Blutungen aus dem Zahnfleisch wurden von Scheff[26]) beobachtet.

Die während der Menstruation beobachteten Erscheinungen nehmen in der Schwangerschaft gelegentlich noch ausgesprochenere Formen an; es kommt sehr leicht zu Blutungen (Ely[8])). Nach Scheff[26]) treten hierbei stärkere Schwellungen des Zahnfleisches als während der Menstruation und auch leichter fieberhafte Periostitiden auf, die zu Verlust des betreffenden Zahnes führen können. Die gleichen Beobachtungen machte Kieffer[15]), der speziell noch das Vorkommen dieser Erkrankung im Gebiet der Schneide- und Eckzähne, seltener in den Molarzähnen betont und schließlich Preiswerk-Maggi[22]), der auf die Möglichkeit hinweist, daß es bei schlechter Mundpflege gerade in der Schwangerschaft leicht zu echten Stomatitiden kommt. Im Gegensatz zu Kieffer, der die geschilderten Stomatitiden als spezifisch für die Schwangerschaft ansieht, da sie bei wohlhabenden und armen Frauen, bei solchen mit gepflegten und solchen mit vernachlässigten Zähnen auftreten, wirft Rosenstein[25]) die Frage auf, ob es denn überhaupt eine für die Schwangerschaft typische Gingivitis und Stomatitis gibt. Er weist darauf hin, daß bei einem großen Teil der bis jetzt beschriebenen Fälle gleichzeitig stärkere Ablagerung von Zahnstein bestand, die allein genügen könne, um eine Stomatitis und Gingivitis zu erzeugen. An dem Material der Breslauer Zahnklinik hat er nur bei einem Fall eine ulceröse Gingivitis marginalis kurz ante terminum gesehen. Wohl gibt Rosenstein[25]) aber zu, daß in der Schwangerschaft eine Gingivitis hypertrophica auftreten kann und führt ebenso wie Roelants[24]), Zeutler[30]) einen Fall an, bei dem es zu einer so exzessiven Wucherung des Zahnfleisches kam, daß die unteren Schneidezähne davon vollständig bedeckt waren und die leicht blutenden Wucherungen Kauterisation und Excision nötig machten. Einen Fall einseitiger Hypertrophie der Gingiva beschreibt Wagner[3]); dieser trat bei einer Graviden im 8. Monat auf und führte zu einem mächtig blutenden Tumor, der aber nach Stichelung mit dem Paquelin glatt heilte.

Im Wochenbett bilden sich die Veränderungen im allgemeinen schnell zur Norm zurück, nur in dem Falle Roelants'[24]) setzte eine Zunahme der Hypertrophie im Wochenbett noch ein. Die in einer Schwangerschaft auftretende Zahnfleischschwellung usw. kann dann in jeder wiederholten Gravidität rezidivieren (Zeutler), während in der Zwischenzeit normale Verhältnisse vorliegen.

3. Zähne.

Trotz reger Diskussion ist die Frage, ob die Zahncaries bei stark Menstruierenden und Schwangeren häufiger entsteht als bei normal Menstruierenden und Nichtschwangeren, bzw. ob eine schon bestehende Caries in der Gravidität schnellere Fortschritte macht, noch nicht entschieden. Während in den älteren Arbeiten die Lehre von dem schädlichen Einfluß der Schwangerschaft auf die Caries fast als Dogma hingenommen wird, finden sich neuerdings Autoren, die daran zweifeln. Nessel[21]) fand bei Frauen und Mädchen mit profusen, lang anhaltenden Menstruationen und vor allem bei denen mit dreiwöchentlichem Menstruationstermin eine bedeutend höhere Disposition zur Caries als bei normal menstruierenden Individuen. Guerini[11]) sieht in der Schwangerschaft ein disponierendes Moment zur Caries: es können spontane Sprünge im Schmelz entstehen u. a. mehr. Auch Preiswerk-Maggi[22]) konstatierte einen rapiden Zerfall der festen Zahnsubstanzen in der Schwangerschaft, der noch über die Lactationsperiode anhielt. Dieselben Beobachtungen machte auch Kieffer[15]).

Auf der anderen Seite steht Scheff[26]), der wesentlich skeptischer urteilt. Er läßt es unentschieden, ob die Schwangerschaft eine Prädisposition zur Caries schafft, er glaubt nur an einen beschleunigten Verlauf schon bestehender Caries. Auch Rosenstein[25]) hält den Nachweis der Disposition Schwangerer zur Caries noch nicht für erbracht und fordert zur endgültigen Entscheidung eine vierwöchentliche fortlaufende Kontrolle einer großen Anzahl von Schwangeren, solcher mit guter und solcher ohne sorgfältige Mundpflege. Am ablehnendsten verhält sich Tanzer. Er erklärt die Fortschritte der Caries in der Schwangerschaft hauptsächlich dadurch, „daß Schwangere nicht gern den Zahnarzt aufsuchen und kleine Defekte nicht rechtzeitig ausgebessert werden". Ebenso wie in der Frage, ob überhaupt eine erhöhte Disposition Schwangerer zur Zahncaries besteht, noch keine Einigkeit erzielt ist, so gehen auch die Ansichten über die Ursachen für diese eventuelle Prädisposition auseinander, zumal da ja unter den Zahnärzten über die Ätiologie der Caries als solcher noch sehr voneinander abweichende Ansichten herrschen. Viel angeschuldigt, zumal von älteren Autoren, wurde eine von der Norm abweichende Zusammensetzung des Mundspeichels Gravider. Es soll der Speichel der Schwangeren häufiger als der Nichtschwangerer sauer reagieren und dadurch nach der Millerschen Theorie „ohne Säure keine Caries" eine Zerstörung des Schmelzes und Dentins bewirken. Speziell soll dann noch das häufige Erbrechen Schwangerer und die dadurch bedingte Stagnation und Zersetzung des Mundinhaltes zu Caries Anlaß geben (Kieffer[15]), Guerini[11])). Es ist allerdings wohl sicher, daß die meisten zahnärztlichen Autoren die Häufigkeit des Schwangerschaftserbrechens überschätzen. Weiter werden Störungen im Kalkstoffwechsel für die Entstehung der Caries verantwortlich gemacht. Der Foetus soll ebenso wie andern Geweben des mütterlichen Körpers auch den Zähnen die zu seinem Wachstum nötigen Kalksalze entziehen (Kieffer[15]), Guerini[11]), Preiswerk-Maggi[22])). In neuester Zeit macht Fleischmann[9]) mit Recht darauf aufmerksam, daß die Änderungen im Kalkstoffwechsel und die dadurch bedingte Disposition zur Caries als durch die Funktionsstörung der Drüsen mit innerer Sekretion bedingt anzunehmen ist. Dieser Theorie, die ja Analogien in den Vorgängen bei der Osteomalacie und den Beobachtungen bei parathyreoidektomierten Tieren hat, werden wir den heutigen Anschauungen nach wohl am meisten geneigt sein zuzustimmen.

Schließlich ist noch als ein nicht seltenes Zahnleiden, das während Menstruation und Schwangerschaft auftritt, die Odontalgie zu nennen, d. h. Neuralgie der Zahnpulpa oft heftigster Art, die teils lokalisiert, teils wandernd auftritt, ohne daß eine Caries oder Pulpitis bestände. Kron[17]) rechnet sie zu den Reflexneuralgien, Bumm[7]) zu den Schädigungen des Nervensystems, die ihre Ursache in Anhäufung abnormer Stoffwechselprodukte im Blute haben, und Hirsch[14]) schuldigt die veränderte Zusammensetzung des Mundspeichels auch dafür an.

Die Therapie und Prophylaxe der erwähnten Zahnveränderungen in der Schwangerschaft soll die gleiche sein, wie außerhalb der Gestationszeit, bzw. sollte sie wegen der möglichen Prädisposition Schwangerer zur Caries noch sorgfältiger sein. Scheff[26]) empfiehlt, daß sich jede Frau vor der Entbindung das Gebiß in Ordnung bringen läßt. Die Schwangerschaft bildet auch keine Kontraindikation gegen notwendige zahnärztliche Eingriffe, Extraktionen usw. Rosenstein[25]) wendet sich energisch gegen den alten Volksaberglauben, daß eine Zahnbehandlung für Mutter und Kind unzuträglich sei, und empfiehlt, eine sich nötig machende Zahnbehandlung bei einer Graviden jederzeit vorzunehmen. Auch Scheff[26]), Kieffer[15]), Arhövy[4]) sprechen sich im gleichen Sinne aus. Von neueren Autoren rät nur Auwers[5]) zu größter Vorsicht aus Furcht vor der Möglichkeit, mit einer Zahnbehandlung einen Abort zu provozieren. Dieses Bedenken konnte aber Rosenstein[25]) zerstreuen. Er stellte bei 11 Fällen von Zahnoperationen während der Schwangerschaft, die nachkontrolliert wurden, fest, daß kein Abort als Folge dieser Operationen aufgetreten war, und Guerin-Valusale[12]) beobachtete sogar bei einer II-Gebärenden im 6. Monat

mit erschwertem Durchbruch der unteren Weisheitszähne einen Abortus imminens, der nach Durchbruch der Zähne unter entsprechender zahnärztlicher Behandlung zum Stehen kam.

Es ist daher als sicher anzunehmen, daß eine zahnärztliche Therapie in der Schwangerschaft nicht nur gestattet, sondern im Hinblick auf die Wichtigkeit eines gesunden Gebisses für die Ernährung direkt indiziert ist.

4. Speicheldrüsen.

Über die am augenfälligsten den Zusammenhang zwischen Speicheldrüsen und Genitale dokumentierende Erkrankung, den Ptyalismus gravidarum, liegen nur wenig neuere Arbeiten vor.

Nach Wagner[3]) sind vor allem nervöse Frauen zu dieser Erkrankung disponiert, dies zeigt sich u. a. auch darin, daß die meisten der schweren Fälle der Privatpraxis entstammen. Unter 50 000 Fällen der Wiener II. geburtshilflichen Klinik wurde nicht ein einziger beobachtet. Zum Beweis für die nervös-reflektorische Ätiologie werden die Erfolge der Therapie angeführt. Audebar erzielte Heilung durch Aufrichtung eines retroflektierten Uterus, Lwof durch Kauterisation einer Erosio portionis (zitiert nach Wagner[3])). Vielleicht liegen die Dinge aber nicht so einfach: die Beobachtungen über das Auftreten von Speicheldrüsenschwellungen bei innersekretorischen Störungen, die günstigen Erfolge mit Ovarialextrakt bei schweren Formen von Ptyalismus gravidarum (Boissard[6])) und die Beobachtungen über den Zusammenhang der Ohrspeicheldrüsenerkrankungen mit dem Genitale sprechen dafür, daß die Speicheldrüsen in Beziehung zur inneren Sekretion stehen.

Auf dem Gynaekologenkongreß in Halle berichtete jüngst Mohr[20]) über Schwellung der Mundspeicheldrüsen, der Blandin-Nuhnschen und auch der Tränendrüse bei 17 Fällen von Störungen innerer Drüsensekretion. Es waren dies Fälle von Genitalinfantilismus, Hypoplasie und Hypofunktion bei Morbus Basedow, Status thymicolymphaticus und endogener Fettsucht auf thyreogenitaler und thyreohypophysärer Basis. Mohr[20]) betrachtet diese Anschwellungen als kompensatorische, wie die der Thyreoidea nach Kastration usw. und als Beweis für den Zusammenhang der Speicheldrüsen mit den Organen innerer Sekretion.

Auch Mohr weist auf die schon lange bekannte Tatsache hin, daß gerade nach Entfernung der Eierstöcke überwiegend häufig Schwellungen und Entzündungen der Parotis auftreten und schließt sich der Ansicht derer an, die darin nicht nur ein zufälliges oder durch das Krankenlager mechanisch bedingtes Zusammentreffen sehen, sondern an eine auf dem Wege der inneren Sekretion zustande kommende Beeinflussung glauben. Über einen afebril verlaufenden Fall einseitiger Parotisanschwellung am 2. Tag nach einer spontanen Geburt berichtet Fischer[10]). Er erblickt die Ursache in mechanischen Bedingungen (dem Schreien der Frau während der Entbindung).

Die schon in der älteren Literatur häufig diskutierten Beziehungen zwischen Genitale und Parotis haben auch zu therapeutischen Versuchen geführt. Mallet[18]) und Schober[28]) versuchten Extrakte der Parotis gegen gynaekologische Leiden anzuwenden und berichten über gute Erfolge bei Dysmenorrhöe, Oophoritis und Beckenexsudaten. Eine Bestätigung ihrer Erfahrungen steht noch aus.

5. Rachenorgane.

An der Rachenmandel kann es ausnahmsweise zu menstruellen Blutungen kommen. In dem Fall Wunschs[29]) stellten sich regelmäßig Blutungen aus der rechten Tonsille einige Tage vor Beginn der Menses ein. Aber auch umgekehrte Wechselbeziehungen wurden beobachtet. Sehlbach[27]) beschrieb einen Fall von plötzlichem Aufhören der Menses bei Angina. Aus neuerer Zeit liegen Mitteilungen von Kretz[16]) und von Wagner[3]) vor, die von einer metastatischen isolierten Oophoritis bei Angina berichten. Forensisch wichtig ist eine Beobachtung Merkels[19]) über den Zusammenhang zwischen Angina und fieberhaftem Wochenbettsverlauf. Eine Angina führte am Ende der

Gravidität zu typischer Streptokokkensepsis und im nachfolgenden Wochenbett dabei sekundär auf dem Wege über die Blutbahn zu einer Infektion der Placentarhaftstelle.

II. Magen und Genitale.

1. Menstruation.

a) Magenfunktion. Darüber, daß Störungen in der Magentätigkeit vor und während der Menstruation auftreten können, waren sich die Redner auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für innere Medizin in Wien 1908[2]), wo das Referatthema „die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen" lautete, einig. Auch in einer 1908 erschienenen Publikation von Wölpe[71]) wurde dies bestätigt. Über die Gesetzmäßigkeit dieses Verhaltens und über die Beteiligung der einzelnen Funktionen der Magensaftsekretion, speziell der Säuresekretion und der Magenmotilität am Zustandekommen der menstruellen Magenstörungen gehen die Ansichten auseinander. Nach Pariser[54]) ist beim Verhalten der Magensaftsekretion während der Menstruation die Gesetzlosigkeit Gesetz: Bei ein und derselben Frau kann während der Menstruation einmal eine Steigerung und das andere Mal eine Senkung der Säurewerte und das dritte Mal schließlich normale Säurewerte gefunden werden. Wölpe[71]) hingegen wies nach, daß in dieser Zeit die Acidität d. h. sowohl die Chlorhydrie als auch die Gesamtacidität des Magensaftes gesteigert ist, und daß die Magendrüsen bedeutend mehr Sekret als im Intervall produzieren, so daß es sogar zu einer echten Gastrosuccorhöe kommen kann. Einheitlicher lauten die Befunde bezüglich der Motilität des Magens: sowohl Pariser[54]) als Wölpe[71]) konstatierten bei ihren Fällen während der Menstruation eine herabgesetzte Motilität.

Trotz der Inkonstanz der Befunde im einzelnen erheben die neueren Autoren als wichtigste klinische Forderung gemeinsam (Pariser[54]), Wölpe[71]), Lewisohn[51])) vor und während der Menstruation, keine funktionellen Magenuntersuchungen anzustellen, da die in dieser Zeit nach der oder jener Seite hin veränderten Magenfunktionsverhältnisse unklare trügerische Resultate geben können.

Die wichtigste Ursache für das Zustandekommen der menstruellen Magenstörungen erblickt Plönies[56]) in dem Bestehen irgendeiner Magenläsion. Bei normalem Magen kommt es nach seiner Beobachtung nie zu menstruellen Magenstörungen. Unter 450 magenkranken Frauen hatten 83% menstruelle Magenstörungen, während sie nur bei 17% vermißt wurden. Der Zeitpunkt des Auftretens der menstruellen Magenerscheinungen ist nicht einheitlich. 7,1% hatten diese in der prämenstruellen, 26% in der prämenstruellen und menstruellen, 56,9% vorwiegend oder ausschließlich in der menstruellen, 3,1% in der prämenstruellen, menstruellen und postmenstruellen Zeit, und fast 4% in der prä- und postmenstruellen Zeit, während sie während der Menses selbst davon frei blieben. Das wesentlichste Moment, das den Eintritt der menstruellen Magenstörung in der prämenstruellen, menstruellen und postmenstruellen Zeit erklärt, ist die lokale Blutentziehung des Magens, die durch die aktive Hyperämie der Unterleibsorgane und den mehr oder weniger starken während der Menses erfolgenden Blutverlust zustande kommt. Dadurch wird der Magen, der stets erkrankt gefunden wurde, in seiner Funktion erheblich geschwächt und die Resistenz der Magenschleimhaut gegen Einflüsse des Magensaftes vermindert und der antibakterielle Wert des Magensaftes herabgesetzt.

Gegenüber Plönies'[56]) Theorie, der die veränderten Zirkulations- und Blutversorgungsverhältnisse in den Vordergrund stellt, fassen Wölpe[71]), Lewisohn[51]) und Wagner[3]) die Magenstörung als durch nervös-reflektorische Reize ausgelöst auf. Wagner[3]) speziell lehnt für deren Zustandekommen die ja naheliegende Erklärung, daß es sich ausschließlich um innersekretorische Störungen handeln könnte, entschieden ab. Eine besondere Therapie der während der Menstruation auftretenden Magenstörungen wird sich kaum als nötig erweisen, wohl aber gegebenenfalls das Einhalten einer leichten Diät, um ernstere Störungen zu vermeiden.

b) Magenblutungen. Unter den während der Menstruation aus dem Magen auftretenden Blutungen müssen unterschieden werden: 1. vikariierende Blutungen und 2. menstruelle Blutungen, sogenannte Mitblutungen nach Riebold[60]) und darunter wieder solche, die aus einer normalen Schleimhaut und solche, die aus einer veränderten, einer varikösen oder einer mit Ulcus behafteten, erfolgen. Das Vorkommen echter vikariierender Magenblutung bei fehlender Uterusblutung wird in den neueren Berichten angezweifelt. Rosthorn[61]) und Lenhartz[50]) haben beide keine entsprechenden Fälle gesehen, und Riebold[60]) glaubt ebenfalls nicht an ihr Vorkommen. Auch gegenüber der zweiten Klasse, den menstruellen Mitblutungen aus einer unveränderten Magenschleimhaut ist man in letzter Zeit skeptischer geworden. Rosthorn[61]) beobachtete keinen Fall, den er im Kolleg hätte demonstrieren können und auch Lenhartz[50] bezweifelt das Vorkommen dieser Art von Blutungen. Darüber aber, daß aus der erkrankten Magenschleimhaut bei Varicen und vor allem bei Ulcus ventriculi Blutungen vom menstruellen Typ auftreten können und daß die Menstruation gerade für Ulcuskranke eine kritische Zeit darstellt, sind die neueren Autoren (Lenhartz[50]), Riebold[60]) und Pariser[54])) sich einig. Auch in einem Fall, den Feldmann-Raskina[41]) mitteilt, wo es zu menstruellen Mitblutungen aus dem Magen kam, war das Bestehen eines Magengeschwürs nicht sicher auszuschließen. Von Interesse für die möglichenfalls bestehenden Zusammenhänge zwischen Magenblutung und Genitale ist weiterhin der zweite von der Autorin mitgeteilte Fall, wo es bei einer Frau, die in einer unglücklichen Ehe mit einem impotenten Manne lebte, jeweils auf dem Höhepunkt der sexuellen Erregung zu Magenblutungen kam.

Für die Prophylaxe und Therapie wichtig sind die von Pariser[54]) und Wölpe[71]) u. a. aufgestellten Forderungen, Ulcuskranken während der Menstruation strengste Ulcusdiät zu verordnen, bzw. wie Pariser[54]) es will, sie sogar in dieser Zeit Bettruhe einnehmen zu lassen.

2. Schwangerschaft.

Eine große Zahl von Arbeiten liegen über die bekannteste am Magen sich äußernde Schwangerschaftsstörung, den Vomitus bzw. die Hyperemesis gravidarum vor. Weitaus die meisten Autoren fassen aber diese Erkrankung entweder als eine Intoxikation oder einen Reflexvorgang auf und erblicken in dem Erbrechen nicht das Symptom einer Magenerkrankung; im Gegensatz dazu nimmt Baisch für gewisse Formen der Hyperemesis (in seinem Material unter 20 Fällen bei 3) eine Entstehung vom Magen her an und erzielte auch dabei durch Diätvorschriften Heilung. Freund[42]) hält zwar eine rein stomachale Form für selten, glaubt aber, daß durch Ptosis des Magens und Magendilatationen es zu Stauung des Mageninhaltes und dadurch zu Torsionen kommen kann, die das Erbrechen auslösen. Deshalb empfiehlt er in solchem Falle die Magenausheberung neben entsprechender Diät. Flesch[40]) schließlich begründet die Entstehung der Hyperemesis und ihr Auftreten gerade in den frühen Schwangerschaftsmonaten damit, daß im Beginn der Schwangerschaft der Beischlaf noch weiter ausgeübt wird und dieser reflektorisch das Erbrechen auslöst. Wie häufig Vomitus gravidarum und Hyperemesis auftritt, zeigt die Statistik von Perilliet-Botonet[55]), der unter 10 250 Schwangeren der Klinik Baudeloque bei 2147 = 20,92% Erbrechen beobachtete. Darunter waren 994 Primipare, 542 Sekundi- und 600 Multipare. Wagner[3]) macht darauf aufmerksam, daß gelegentlich unter der Erscheinung unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft sich ein Magencarcinom verbergen kann, worauf auch Olshausen[53]) schon hinwies, und berichtet über einen Fall aus der Rosthornschen Klinik in Heidelberg, wo die Diagnose nach anfänglicher Verwechslung mit Hyperemesis dann richtig auf Magencarcinom gestellt und die Frau chirurgischer Behandlung überwiesen wurde.

Auch mit Magenulcus kann die Hyperemesis verwechselt werden. Differentialdiagnostisch wichtig ist einmal der Nachweis von Blut im Erbrochenen und im Stuhl,

das bei Ulcus vorhanden ist, während es bei Hyperemesis so gut wie immer fehlt und zweitens die Art des Erbrechens. Bei Hyperemesis wird in der Regel jede Art von Nahrung vollständig wieder erbrochen, während beim Ulcus häufig gewisse Speisen behalten werden (Andérodias[32]).

Leider liegen noch keine ausgedehnteren Untersuchungen über das mechanische Verhalten des Magens in der Schwangerschaft vor, d. h. über seine Raumbeengung und Lageveränderung durch den vergrößerten Uterus. Der Frage nach der Veränderung der Magenfunktion in der Schwangerschaft suchte Borodenko[36]) experimentell nachzugehen. Er legte einer trächtigen Hündin 2 Monate vor der Geburt einen kleinen Magen nach Pawlow an. Die Magensaftsekretion war anfangs normal, wurde aber gegen Ende der Gravidität bezüglich Acidität und Verdauungskraft geringer, zuletzt trat nur noch reichliche Schleimabsonderung auf. Borodenko[36]) erblickt die Ursache dafür in einer Verarmung des Organismus an Salzen, die zum Wachstum der Frucht benötigt werden.

Als seltene Erkrankung des Magens in der Schwangerschaft teilt Preiss[58]) einen Fall mit, bei dem rezidivierende abundante Magen-Darmblutungen gegen Ende der 2. und 3. Schwangerschaft bei einer sonst gesunden Frau auftraten. Ein Ulcus ventriculi war ausgeschlossen, wahrscheinlich handelte es sich um geplatzte variköse Magenvenen. Ebenfalls ein außergewöhnliches, aber verhängnisvolles Vorkommnis stellen die Blutungen aus dem Magen zugleich mit solchen aus dem Darm und Zahnfleisch bei schweren Schwangerschaftstoxikosen dar, von denen Davies Colley[37]) berichtet. Von 3 Fällen starben 2. Als seltene Lokalisation eines Magencarcinoms bei einer 33jährigen Schwangeren beschrieb Senge[66]) Metastasen in den intervillösen Räumen der Placenta und Gobiet[45]) bei einer Graviden am Ende der Zeit Metastasen in beiden Ovarien, dem Uterus und der Appendix. Schließlich beobachtete Kermauner[47]) die seltene Phlegmone der Magenwand in der Schwangerschaft.

Es handelte sich dabei um ein tuberkulöses Mädchen am Ende der Zeit; die klinischen Erscheinungen deuteten auf Peritonitis hin, der Tod erfolgte kurze Zeit nach der Geburt. Bei der Sektion fand sich eine ausgedehnte Phlegmone der Magenwand und eine beginnende Peritonitis. Von Peritonealtuberkulose, die ursprünglich angenommen wurde, war nichts nachzuweisen.

Über Magenstörungen während der Geburt und im Wochenbett liegen nur wenige Mitteilungen vor. Es kann während der Geburt zu akuter Magendilatation mit schwersten Erscheinungen kommen (Audebert[33])); durch die Druckerhöhung bei den Preßwehen können bestehende Magenulcera perforieren (Andérodias[32]), Le Lorier[52])). Er kann dies auch im Wochenbett spontan eintreten und die so entstehende Peritonitis Anlaß zu Verwechselung mit puerperaler Peritonitis geben (Kunz[49])). Schließlich sollen im Wochenbett Pyloruskrämpfe auftreten, die Austerlitz[34]) in 2 Fällen mit Eumydrin heilte.

3. Einfluß von Genitalerkrankungen auf den Magen.

Die Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Genitale und Magenerkrankungen wurde in der älteren Literatur durch die Unsicherheit des Begriffes „Genitalleiden“ außerordentlich erschwert. Auch in der diese Fragen berührenden neueren Literatur finden sich noch vielfach Krankheitsbegriffe wie Retroflexio, Portioerosionen und ähnliche Befunde als Genitalleiden gebucht, die nach modernen Anschauungen nicht als Zeichen einer Genitalerkrankung aufgefaßt werden dürfen.

Magenstörungen können erstens direkt mechanisch vom Genitale her durch große Tumoren, die den Magen verlagern und auf ihn drücken, hervorgerufen werden. Ausschließliche Beobachtungen über diese häufige Beeinflussung liegen in der letzten Zeit nicht vor. Zweitens können fortgeleitete entzündliche Erscheinungen von den Genitalien zu Adhäsionsbeschwerden und dadurch reflektorisch zu Störungen des Magens führen, darauf weist Wegele hin. Den größten Raum nimmt die Diskussion der 3. Möglichkeit der indirekten teils reflektorisch, teils toxisch bzw. innersekre-

torisch von dem Genitale stattfindenden Beeinflussung ein. Wagner[3]) weist besonders auf das Vorkommen von Magenstörungen bei Myomen hin. Bei einer nervösen Patientin, die jahrelang wegen Magenleiden in Karlsbad behandelt war, wurde schließlich ein fast kopfgroßes Uterusmyom festgestellt, die Entfernung des Tumors beseitigte die Magenbeschwerden in kürzester Zeit. Der Tumor saß dem Fundus uteri auf. Auch bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen treten nervös-reflektorisch bedingte Dyspepsien auf, ohne daß die betr. Patientinnen etwas vom Bestehen der Genitalerkrankung wissen. Desgleichen beim Vaginismus (Wegele[69])). Lewisohn[51]) betrachtet als vermittelndes Moment zwischen Magen- und Genitalerkrankungen eine allgemeine Alteration des gesamten Nervensystems, die von einem Genitalleiden ausgelöst, die Magenerscheinung hervorruft.

Seine Untersuchungen wurden mit dem Ewald - Boasschen Probefrühstück und der Salolprobe ausgeführt und erstreckten sich auf 100 Patientinnen, bei denen Magen- und Frauenleiden zugleich bestanden. Bei 66 von ihnen erwiesen sich die Magenbeschwerden als völlig unabhängig von Genitalleiden, bei den übrigen 34 war eine Übertragung in dem oben erwähnten Sinne anzunehmen.

Wesentlich skeptischer verhält sich Plönies[56]) gegenüber dem angenommenen Zusammenhang zwischen Magen- und Genitalerkrankungen, wenn sich bei gleichzeitig vorhandenem Ergriffensein der beiden Organe ein sogenanntes Genitalleiden vorfindet. Er warnt, Lageanomalien des Uterus damit in einen kausalen Zusammenhang zu bringen, vor allem an eine operative Beseitigung des Unterleibsleidens heranzugehen in der Hoffnung, so eine Besserung zu erlangen und erkennt einen Zusammenhang nur insofern an, als bei schon bestehendem Magenleiden durch die Menstruation auf toxischem Wege es zu einem Aufflackern und einer Verstärkung des Magenleidens kommen kann. Eine mehr vermittelnde Stellung nimmt Rosthorn[61]) ein, der zwar zugibt, daß man nicht gerade wahllos Magen- und Genitalleiden in Beziehung bringen darf, der aber doch das Verschwinden von Magenleiden nach Beseitigung gynaekologischer Affektion feststellen konnte. Lenhartz[50]) hingegen verhält sich vollkommen ablehnend und glaubt nur dann an eine Koinzidenz von Magen- und Genitalleiden, wenn es bei der Menstruation zu den schon erwähnten Magensymptomen kommt.

Noch ganz im Banne älterer Anschauung über die klinische Bedeutung der Retroflexio, Retroversio, der Parametritis posterior usw. steht die Arbeit Winklers[70]), der bei 41 gynaekologischen Fällen den Magen untersuchte. Unter diesen 41 waren 28 „Erkrankungen" der oben skizzierten Art. Auf Grund seiner Befunde kommt er zu dem Schluß, daß bei schweren (sic!) gynaekologischen Erkrankungen die Funktion des Magens fast stets, und zwar im Sinne einer Hypochlorhydrie verändert ist. Die wichtigste Konsequenz, die wir heutzutage aus den Untersuchungen Winklers[70]) ziehen können, ist wohl die, daß wir Störungen in der Magenfunktion auch bei wirklichen Erkrankungen des Genitales mit einer gewissen Vorsicht bezüglich ihres Zusammenhanges mit dem Genitalleiden betrachten müssen.

4. Einfluß von Magenerkrankungen auf das Genitale.

Zweifellos einwandsfreier sind die Beeinflussungen, die von Magenerkrankungen auf das Genitale wirken. Einmal können die Magenerkrankungen durch Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zu Störungen in der Funktion der Genitalorgane führen und zweitens kann es zu Metastasierung primärer Magentumoren im Genitale kommen.

Für die Beeinflussung der menstruellen Vorgänge durch chronische Magenerkrankungen auf dem zuerst erwähnten Wege erklärt sich vor allem Plönies [56]). Einmal ruft die Unterernährung und Anämie im Gefolge der Magenerkrankungen Unregelmäßigkeiten und monatelanges Sistieren der Menstruationsblutung oder im Gegenteil Menorrhagien hervor und anderseits üben die Gärungstoxine, die bei mangelhafter Magenfunktion entstehen, eine paretische Wirkung auf die Muskulatur des Uterus und seine Gefäße aus. Da nun umgekehrt dann wiederum die Uterusblutung ungünstig auf die Magen-

erkrankung einwirken kann, entsteht schließlich ein Circulus vitiosus. Auf die gleichen Beziehungen weisen auch noch Riebold[60]), Lenhartz[50]) und Rosthorn[61]) hin.

Schließlich können zu den indirekten Beeinflussungen des Genitales von Magenerkrankungen aus auch noch diejenigen gerechnet werden, die Magen-Darmverlagerungen auf die Genitalorgane ausüben sollen. Nach Reeds[59]) Beobachtungen erzeugt die Gastrosplanchnoptose am Uterus Tendenz zu Verlagerungen, Auflockerungen des Gewebes und exzessiven Menstruationsblutungen mit starken Schmerzen im Beginn derselben; außerdem Ovarialschmerzen und Verlagerung der Ovarien in den Douglas und eine derbe Infiltration des Beckenbindegewebes. Diese Zustände sind die direkte mechanische Folge des Druckes der verlagerten Eingeweide, und andererseits die Folge der venösen Stauung und der Zerrung am sympathischen Geflecht, wie es durch die Magen-Darmverlagerung erzeugt wird.

Über die Frage der Metastasierung von Magencarcinom in den Ovarien erscheint jetzt Einigkeit erzielt. Während noch Pfannenstiel (Veits Handbuch) die Carcinommetastasen in den Ovarien als äußerst selten erklärte, und man allgemein diese Tumoren als Fibrosarkome unter dem Namen der Krukenbergschen Tumoren bezeichnete, hat man neuerdings eingesehen, daß recht häufig bei Magencarcinom Ovarialmetastasen gesetzt worden. Daraufhin weist Döderlein-Krönig[38]) in der operativen Gynaekologie und Runge[62]) in einer Monographie und vor ihm Amann[31]), Wagner[3]), Geipel[43]), Glockner[44]), Schenk und Sitzenfrey[64] u. [67]), Polano[57]), Gouilloud[46]) hin. In vielen Fällen machte sich die Ovarialmetastase als erstes Symptom geltend und die Forderung, die von Runge[62]), Polano[57]) und andern aufgestellt wird, daß bei der Diagnose eines Ovarialcarcinoms stets an einen primären Magenherd gedacht werden soll und umgekehrt, ist durchaus berechtigt. Über das Zustandekommen der Metastasierung existieren zwei Theorien, einmal die Implantationstheorie, die annimmt, daß in der Bauchhöhle auf der Serosa einzelne Krebszellen herunterrutschen und sich im Ovarium festsetzen und eine zweite Theorie, die behauptet, daß es zur Metastasierung auf dem Blutwege durch retrograde Verschleppung kommt. — Beide Entstehungsarten sind möglich. Amann glaubt, daß die Implantation auf der Ovarialoberfläche das häufigere ist. Voraussetzung ist dafür natürlich, daß das Carcinom durch die Magenwand hindurchgebrochen ist und die Annahme einer gewissen leichteren Aufnahmefähigkeit und Durchlässigkeit des Ovarialepithels für körperliche Bestandteile im Vergleich zu den andern Organen des Leibes. Zur Begründung dieser Theorie injizierte Amann[31]) den Versuchstieren eine Tuschelösung in die freie Bauchhöhle und fand, daß die Ovarien von allen Organen am meisten Tuscheteilchen aufgenommen hatten. Zu gleichen Ergebnissen kam bei gleichen Versuchen Kraus[48]), der daher den retrograden Transport auf dem Lymphwege ablehnte. Auch Schauta[63]) schließt sich dieser Ansicht an, während Sternberg[68]) die Möglichkeit einer Implantationstheorie leugnet, da der Magen von den Ovarien zu weit entfernt liege. Daß aber schließlich auch Magen- und Ovarialcarcinom unabhängig voneinander vorkommen können, zeigt ein seltener Fall von Geipel[43]), bei dem sich im Becken ein typischer Hornzellenkrebs, im Magen dagegen ein typischer kleinzelliger Drüsenkrebs fand. Als seltene Form der Metastase muß auch hier die in den intervillösen Räumen der Placenta bei einer Schwangeren (Senge[66])) und die in den beiden Eierstöcken, dem Uterus und dem Appendix ebenfalls bei einer Schwangeren am Ende der Zeit (Gobiet[45])) erwähnt werden.

Die therapeutische Forderung ist, wie Runge[62]) resümiert, in erster Linie die, daß bei Operation maligner Tumoren der Ovarien die Magenhöhle genau auf Tumorbildung abzutasten ist, und umgekehrt bei Verdacht auf Magenerkrankung prophylaktisch die Ovarien mit zu entfernen sind. Bezüglich der Zeitfolge der Operation stellt Runge[62]) die Forderung auf: erst Magenoperation, dann Ovariotomie. Natürlich wird auch für diese Indikationsstellung die veränderte Anschauung der Beeinflußbarkeit des Carcinoms durch strahlende Energie völlige Wandlung bringen.

III. Darm und Genitale.

Bei den Beziehungen zwischen Darmerkrankungen und Genitale macht sich auch in der modernen Literatur bemerkbar, daß eine ätiologische und funktionelle Gruppierung der Darmkrankheiten nicht durchgeführt ist, sondern daß diese in weitaus den meisten Fällen den Symptomen der Diarrhöe oder Obstipation nach geordnet sind.

1. Menstruation.

Zwischen Menstruation und Darmerscheinungen bestehen nicht so weitgehende Zusammenhänge, wie sie zwischen Magen und Menstruation zu bestehen scheinen. Menstruelle Darmblutungen werden selten beobachtet, sie erfolgen am häufigsten noch aus Hämorrhoidalknoten und sollen besonders bei Aplasie des Uterus und der Vagina und nach Exstirpation der inneren Genitalien vorkommen. Auch bei dem Aufhören der Menstruation in der Klimax können sie als eine Art vikariierende Erscheinung auftreten und Verwechslungen mit Darmcarcinomen, die aber durch das rectoskopische Bild klarzustellen sind, veranlassen (Singer[127])). Riebold[119]) sah menstruelle Darmblutungen öfter bei Typhuskranken und einmal bei einem Mädchen mit hereditärer Lues, bei letzterer gleichzeitig mit starker Uterusblutung, Blutung aus dem Magen und aus einem Gumma des Beines auftreten.

Diarrhöen während und besonders vor der Menstruation werden nicht selten beobachtet. Lenhartz[2]) bezeichnet sie als „nervöse Durchfälle". Wegele[69]) konnte bei chronisch Obstipierten vor und während der Periode regelmäßig spontane Stuhlentleerung beobachten. Er glaubt an einen reflektorischen Zusammenhang und weist als Analogon auf eine Einzelbeobachtung bei einer jungen Frau hin, deren Obstipation sofort nach der Hochzeit verschwand.

Häufiger (nach Wagner[3]) in 30%) geht die Menstruation mit Obstipation, ebenfalls auf nervöser Grundlage einher. Analog dazu ist die Beobachtung Wilds[137]), die der von Wegele[69]) gerade entgegengesetzt ist. Wild[137]) beobachtete gelegentlich, daß es bei jungen Frauen zu hartnäckiger Verstopfung auf der Hochzeitsreise kommt und bezieht dies auf Hyperämie und Stauung der Beckenorgane.

Besondere Beobachtung verdient nach Pariser[114]) das Verhalten der Darmtätigkeit bei schon bestehenden chronischen Darmkatarrhen während der Menstruation. In der prämenstruellen Zeit treten bei schweren Darmdiarrhöen sehr häufig beträchtliche Verschlimmerungen auf, so daß man am besten diese Patientinnen auch in der Rekonvaleszenz während des Prämenstruums prophylaktisch ins Bett legt und auch ohne daß Beschwerden bestehen, strengste Diät verordnet. Es läßt sich mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß nicht so sehr nervösen als innersekretorischen Störungen diese Beeinflussung der Darmtätigkeit zuzuschreiben ist. Dafür sprechen vor allem auch die Beobachtungen beim Abklingen der Menstruation im Klimakterium. Singer[127]) beschreibt sie als Diarrhöen, die bei bis dahin darmgesunden Frauen auftreten und ähnlich wie bei nervösen Achylien im unmittelbaren Anschluß an die Nahrungsaufnahme. mit wässeriger Entleerung als Zeichen einer Sekretionsneurose des Darmes einsetzen. Die klimakterische Obstipation zeigt im allgemeinen den Charakter der spastischen Obstipation. Sie verläuft außerordentlich hartnäckig und läßt Merkmale, die sonst bei hartnäckigen Obstipationen vorhanden sind — Koliken, Tenesmus u. a. — vermissen. Dafür bestehen starker Meteorismus, Zwerchfellhochstand und außerdem noch typische Stauungen in den Venen der Rectalschleimhaut, die leicht zu kleineren und größeren Blutpunkten und capillären Blutungen Veranlassung geben können. Das Eintreten dieser Darmstörungen ist verschieden. Mitunter erscheinen sie erst in der Klimax, in vielen Fällen aber gehen sie ihr auch voraus und zeigen an, daß mit dem innersekretorischen Apparat des Körpers etwas nicht in Ordnung ist. Singer empfahl, allerdings ohne über eigene günstige Erfahrungen berichten zu können, Ovarialtabletten. Wagner[3]) konnte bereits in zwei Fällen von Klimakterium praecox über einen günstigen Erfolg dieser Therapie berichten.

2. Schwangerschaft.

Einige Beachtung haben in letzter Zeit die Störungen gefunden, die die Schwangerschaft am Darmkanal ausübt. Leider sind noch keine zusammenfassenden Arbeiten vorhanden über den Einfluß, den die Schwangerschaft auf den normalen Darm ausübt.

Eine hochgradige Kompression des Darmes durch die vergrößerte Gebärmutter und dadurch bedingter Ileus sind trotz der großen Raumeinengungen der Bauchhöhle in der Schwangerschaft keine häufigen Erscheinungen. Wagner[3]) berichtet aus der II. Wiener Klinik, daß unter vielen Tausend Schwangeren nicht ein Ileusfall vorkam, und Fellner[86]) hatte schon früher unter 38 000 Schwangeren der I. Wiener Klinik keine derartige Störung beobachten können. Ileus in der Schwangerschaft kann zustande kommen einmal, indem der Uterus direkt durch Druck die Darmpassage verschließt, zweitens indem in der Bauchhöhle der Schwangeren veränderte, für eine Einklemmung der Därme günstige Bedingungen geschaffen werden (Hernienbildung, Anspannung von Adhäsionssträngen, die einzelne Darmteile abschnüren) und drittens kann in der Schwangerschaft aus anderen Gründen Ileus eintreten, ohne daß der wachsende Uterus oder veränderte Verhältnisse im Abdomen dafür verantwortlich gemacht werden könnten. Entsprechend dieser Gruppierung teilt Romanenko[121]) die in der Schwangerschaft möglichen Ileusformen ein: in gravide, paragravide und retrogravide. Eine Zusammenstellung sämtlicher in der Schwangerschaft und im Puerperium beobachteten Ileusfälle gibt van der Hoeven[131]) (94 Fälle, von denen bei 70 nähere Angaben gemacht sind). Wallis und Roberts[139]) sahen bei einer 20jährigen Graviden 12 cm vom Anfangsteil des Jejunums entfernt eine starke Kompression, die nur durch den Druck des graviden Uterus erklärt und durch Massage bei der Laparotomie behoben werden konnte. Im Dünndarm gelegen war der Ileus im Falle Doanes[85]), bei dem ein 30 cm langes Ileumstück, das durch Verwachsungen abgeschnürt und gangränös geworden war, entfernt werden mußte und in einem Falle Meyers, bei dem die Abknickung ebenfalls im Dünndarm saß. Im Colon transversum saß das Hindernis bei Viannays[132]) Fall. Es handelte sich um einen stenosierenden zirkulären Scirrhus. Die Resektion des erkrankten Stückes brachte Heilung. Das Hindernis fand sich in Form einer Achsendrehung des Dickdarms im Falle Beckers[77]). Der Ileus stellte sich hier im Anschluß an eine brüske Bewegung bei einer XVI - Graviden am Ende der Zeit plötzlich ein. Die nach dem Exitus erfolgte Sektion ergab, daß die Flexura sigmoidea mit ihrem langen beweglichen Mesokolon fest um die Basis des Dünndarmes geschlungen war, so daß die Mesenterien sich gegenseitig abschnürten und dadurch die zugehörigen Darmabschnitte gangränös wurden. Im absteigenden Kolon saß die Okklusion in dem Fall Blondels[79]), an der Flexura sigmoidea, in der es zu einem Volvulus gekommen war, in dem Fall Lampes[101]). Auch hier traten bei einer Graviden im 6. Monat akut im Anschluß an eine brüske Bewegung, das Heben eines Wassereimers, ileusartige Erscheinungen ein. Volvulus des Mesosigmas gab auch die Entstehungsursache in dem zweiten Falle Meyers[108]) ab, und in einem Fall Atabeckows[75]), während in dem andern Falle dieses Autors die Flexur durch eine Eierstockcyste komprimiert war.

Die Diagnose der Erkrankung ist nicht leicht zu stellen, es kommen differentialdiagnostisch Koprostase und Koliken anderer Art, Appendicitis usw. in Betracht (Romanenko[121])[1])); speziell beim Volvulus der Flexur finden sich die geblähten Flexurschlingen oft bis zum Rippenbogen reichend.

In der Therapie soll erst der Versuch mit Abführmitteln gemacht werden, ehe zur Operation geschritten wird. Dann aber empfiehlt es sich, die Laparotomie entweder mit Lösung der Verwachsung oder unter Anlegung eines künstlichen Afters auszuführen. Vor der Ausführung einer Laparotomie empfiehlt die Unterbrechung der Schwangerschaft Atabeckow[75]) und ebenso Musatoff[111]), aber erst nachdem die gewöhnlichen Mittel erschöpft sind; bleibt diese ohne Wirkung, so soll schließlich laparotomiert werden. Daß trotz dieses Eingriffes die Schwangerschaft ungestört

weitergehen kann, geht aus den Fällen von Lampe hervor. Romanenko[121]) rät bei echtem Ileus erst die Laparotomie und dann den Kaiserschnitt zu machen. Die Resultate der verschiedenen Behandlungsmethoden stellt van der Hoeven[131]) zusammen: von 70 Fällen wurden 46 operiert, davon starben 21 = 46%; nicht operiert wurden 24, davon starben 20 = 81%. Außer für die Mutter ist bei dieser schweren Schwangerschaftskomplikation auch für das Kind die Prognose nicht günstig. Die Kinder werden häufig bei der Operation schon tot angetroffen, bzw. wurde vorher festgestellt, daß sie einige Tage bereits abgestorben waren, so im Fall von Wallis und Roberts[135]) und Becker[77]). Schließlich kann es hinterher wie im Fall Doanes[85]) zum Abort kommen.

Über die so wichtige Funktionsstörung des Darmes in der Schwangerschaft, die Obstipation, liegen ebensowenig wie über die seltenere Diarrhöe neuere Mitteilungen vor. In Ausnahmefällen können auch Darmblutungen in der Schwangerschaft vorkommen, wie in dem oben schon erwähnten Fall von Preis[118]), bei dem sie zugleich mit Magenblutungen auftraten.

3. Geburt und Wochenbett.

Während der Geburt sind es von Darmerkrankungen vor allem die Tumoren des Rectums, die sich störend bemerkbar machen können. Hochenegg[92]) beobachtete 6mal Rectumtumoren, die ein Geburtshindernis abgaben, und Tschebstaredsky fand deren in der gesamten Literatur 39 Fälle. Die gutartigen Tumoren mit Ausnahme der Syphilis bildeten dabei nur selten ein Geburtshindernis. Jones[94]) mußte wegen eines Tumors im Douglas den abdominellen Kaiserschnitt ausführen. Das Geburtshindernis erwies sich als die Eierstocks- und Douglasmetastase eines Magencarcinoms. Über Rectumcarcinom als Geburtshindernis und Indikation zum Kaiserschnitt berichten auch Demelin und Coudert[82]). Als Vorschriften für die Behandlung der Rectumtumoren während Schwangerschaft und Geburt stellt Hochenegg[92]) folgende Regeln auf: bei inoperablen Tumoren kommt nur die Erhaltung des Lebens der Frucht in Frage, daher Abwarten und am Ende der Zeit Sectio. Bei inoperablen Carcinomen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft künstlicher Abort, nach Ablauf des Puerperiums Radikaloperation. Bei vorgeschrittener Schwangerschaft Sectio, nach Heilung und Ablauf des Wochenbetts Operation.

Die wichtigste Erkrankung des Darms im Wochenbett ist die Obstipation und Koprostase, die ja durch die Erschlaffung der Bauchdecken, der Beckenorgane usw. außerordentlich begünstigt wird. Es kann, wie in den Arbeiten von Maygrier und Lemeland[105]) beschrieben ist, Stercorämie und Fieber bis 40° im Wochenbett kommen. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Ileus durch mechanischen Verschluß, solchem durch beginnende Peritonitis und hochgradiger Koprostase. Elektrische Klysmen brachten nach 5maliger Applikation Heilung.

Die Formen schwerer Koprostase und schweren Meteorismus (Häberlin[91])) sind oft kaum von denen eines wahren Ileus zu unterscheiden. Letztere sind aber auch sicher beobachtet (Stössel[129]), Jardine[93]), Kuschmir[100])).

Die Folgen hochgradiger Koprostase im Wochenbett kann eine Sigmoiditis und Perisigmoiditis sein (Lehmann[102])). Einige Tage post partum tritt hoher Puls, Druckempfindlichkeit der Regio iliaca und Erbrechen auf. Bei der Betastung fühlt man eine wurstförmige Schwellung im Gebiet des S-Romanum, die teils durch Koprostase, teils durch Entzündung bedingt ist. Sie kann erst in der 2. und 3. Woche post partum auftreten. Die Entstehung ist die, daß es durch die Koprostase zu kleinen Einrissen in die Darmschleimhaut und davon ausgehend zur Infektion des Sigmoideum und Perisigmoideum kommt. Als Therapie werden Öleinläufe und vorsichtige Ricinusgaben empfohlen.

Der wichtigste Fortschritt in der Therapie bzw. Prophylaxe der Darmträgheit im Wochenbett ist zweifellos durch die Einführung des Frühaufstehens gemacht.

Den günstigen Einfluß dieser Maßnahmen auf die Anregung des Stuhlgangs konstatieren fast alle Beobachter, die über größere Serien verfügen (Krönig[96]), Gauss[88]), Opitz[113]), Martin[104]), Wagner[3]) u. a.). Es wird überall zugegeben, daß zwar nicht eine vollkommene Ausschaltung der Darmträgheit im Wochenbett zu erzielen ist, daß aber eine bedeutende Besserung der spontanen Defäkation erzielt wurde.

Seltener als Darmträgheit sind Diarrhöen. Eine eigenartige Form der Diarrhöe im Wochenbett ist die in Vorderindien auftretende Sutika, die Pearce[116]) in Kalkutta beschrieben hat. Es treten 2—3 Wochen nach der Geburt Diarrhöen auf und dauern $^1/_2$—1 Jahr. Die Mortalität ist beträchtlich; von allen Frauen, die in Kalkutta entbunden hatten, starben in einem Jahre 1,3% an Sutika.

Als Rarität ist der von Bauereisen[76]) erwähnte Fall beachtenswert, wo es im Wochenbett zur tödlichen Peritonitis im Anschluß an die Perforation eines Ulcus duodenale kam, das der Unterfläche des rechten Leberlappens anlag und tuberkulöser Natur war.

4. Einfluß von Genitalerkrankungen auf den Darm.

Entsprechend der größeren Beachtung, deren sich gerade in den letzten Jahren die Diagnostik der Abdominalerkrankungen bei den Gynaekologen erfreut, sind nicht wenige Arbeiten, die die Einflüsse der Genitalerkrankungen auf den Darm behandeln erschienen. Natürlich sind es in erster Linie die direkten Beziehungen, die der Beckenanteil des Intestinaltraktus mit dem Genitale unterhält, die besprochen wurden.

Bei Tumoren oder sonstigen raumbeengenden Prozessen im Genitale kann es zur Abklemmung des Rectums und des S-Romanum kommen, besonders dann, wenn die betreffenden Tumoren durch Verwachsungen mit dem Darm verklebt sind. Als Rarität ist der von Amann[73]) dargestellte Fall interessant, wo es zur Incarceration des Darmes in einer geplatzten Ovarialcyste kam. Der Darmverschluß kann aber auch allein durch Verwachsungen entzündlicher Prozesse oder Operationen am Genitale zustandekommen. Wagner[3]) teilt einen Fall aus der Eiselsbergschen Klinik mit, wo es bei einer alten Frau zum Ileus durch Einklemmung einer Dünndarmschlinge unter einer fadenförmigen Adhäsion kam, die von der Hinterwand des Uterus zur hinteren Beckenserosa zog. Zwischen großen Pyosalpinxsäcken kann sich der Darm völlig einkeilen (Desgouttes und Gabourd[84])). Eine Stenose des Rectums durch ein verkalktes ausgestoßenes Uterusmyom beobachtete Payr[115]). Große parametrane Exsudate können den Darm zwischen sich einklemmen (Kuliga[99]), Wagner[3])). Ebenso wirken Hämatocelen (Besançon[78])). Eine ähnliche Beeinflussung wie durch Raumbeengung kann auch durch fortgeleitete Entzündung zustande kommen. Entzündungen des Serosaüberzuges des Genitales können auf das S-Romanum und das Rectum übergehen und zu einer Paraproctitis und Perisigmoiditis führen (Ries[120]), Poulain[117]), A. Müller[109])) und umgekehrt (Kuliga[99])).

Bei Fällen ausgedehnter eitriger Entzündung und bei malignen Tumoren kann es zum Durchbruch der Genitalaffektion nach dem Darm kommen. Herde von Genitaltuberkulose, besonders von Scheidentuberkulose brechen nach dem Darm durch (Krönig[97]), Simmonds[126]), Schlimpert[124])), wenngleich dieses Vorkommnis eine Seltenheit bei der ja meist gutartig verlaufenden Genitaltuberkulose darstellt und der umgekehrte Weg der häufiger begangene ist. Auch Hämatocelen brechen gelegentlich durch, in einem Falle Bucuras kam es zur Verblutung aus einer in den Darm perforierten Hämatocele. Als Kuriosum steht der Fall Krophs[98]) da, wo der Zahn einer Dermoidcyste die Darmwand perforierte. Natürlich können auch bei fortgeschrittenen Portiocarcinomen die Krebsmassen in das Rectum hineinwuchern (Wertheim[134]), Schottländer und Kermauner[125]) u. a.).

Eine wohl nicht ganz einwandfreie Geschwulstform, die häufig vom Uterus auf den Mastdarm übergreifen soll, sind die sog. Adenomyome des Uterus (Schickele,

v. Rosthorn[122]), Rob. Meyer[108]), Kleinhans[95]), Sitzenfrey[128])). Heute fassen wir diese eigenartigen Geschwulstformen, die den Beweis für das Übergreifen gutartiger Geschwülste auf ein Nachbarorgan erbringen sollten, als entzündlichen Vorgang (Adenomyositis (R. Meyer[108]), Sitzenfrey[128])) auf.

Wichtig sind schließlich die Verwechslungen, die Tumoren oder Füllungszustände des Darmes mit Erkrankungen des Genitales verursachen können. Besonders bekannt sind die Verwechslungen mit Kottumoren (Albrecht[72])), aber auch über solche mit entzündlichen Perisigmoiditiden, die für die Flexurcarcinome gehalten und operiert wurden, wird berichtet (Füth[86]), Albrecht[72]), Amann[73]), Arnsperger[74]), Munro-Kerr[110])).

Schließlich können indirekte Einflüsse vom Genitale auf den Darm wirken. Wagner[3]) berichtete von Darmblutungen bei entzündlichen Prozessen im Genitale und von diarrhoischen Stühlen mit Schleimabgängen unmittelbar vor dem Durchbruch von entzündlichen Tumoren in die Flexur oder das Rectum, und v. Rosthorn[3]) über das Auftreten von Colitis membranacea als Begleiterscheinung von Genitalleiden, besonders solchen chronisch-entzündlichen Charakters. Villard[133]) erblickt unter den vielen Ursachen chronischer Obstipation auch die chronischen Entzündungen des Peritoneums, die unter andern von einer Entzündung der Tube und des Ovariums fortgeleitet werden. Die Obstipation kommt dabei durch Parese der Darmmuskulatur zustande. Entfernung der betr. Entzündungsherde beseitigt die Obstipation. Eine ähnliche Ätiologie reflektorischer Art haben wohl auch die seltenen Krampfzustände der Beckenorgane (Scheide, Harnröhre, Mastdarm), die A. Müller[109]) als fortgeleitet von einer Entzündung der Adnexe und des S-Romanum beschreibt.

IV. Einfluß von Darmerkrankungen auf das Genitale.

Einer Berechnung von A. Müller nach entstehen 90% aller entzündlichen Frauenleiden vom Darm aus. Durch die chronische Obstipation soll es zu Schädigung der Darmwand und dadurch zum Aus- und Überwandern der Darmkeime auf die verschiedenen Genitalorgane kommen; chronische Entzündungsprozesse dieser Art flackern dann in Schwangerschaft und Wochenbett wieder auf. Wenngleich dies wohl zu weit geht, so ist doch einmal für viele Fälle von Genitaltuberkulose die Entstehung von einer Darmtuberkulose aus mit dem Umwege über das Peritoneum anzunehmen (Krönig[97]), Schlimpert[124])) und auch die Fortleitung entzündlicher Prozesse vom S-Romanum und Rectum auf die Genitalorgane ist durch die Arbeiten Albrechts[72]), Amanns[73]), v. Rosthorns[122]) und andere sichergestellt. Und schließlich kann es von dem neuerdings beschriebenen Prozeß der Diverticulitis, einer appendicitisähnlichen Entzündung der Divertikel des S-Romanum, zu Perforationen, lokalen Peritonitiden im kleinen Becken und auch zum Übergreifen der entzündlichen Prozesse auf die Adnexe kommen Oldfield[112]).

Auch die Lagerung des Uterus, speziell das Bestehen der Retroflexio, der ja von vielen Seiten noch eine große Bedeutung zugeschrieben wird, ist vom Darm und seiner Füllung abhängig. Sellheim[3]) demonstrierte dies an einem Gefrierdurchschnitt. Auch die Ovarien können durch die mit Kot gefüllte Flexur tiefer gedrängt werden (Albrecht[72])) und schließlich soll die Obstipation durch den ständigen Reiz imstande sein, auf dem Reflexwege (Le Gendre[3])) zu Dysmenorrhöen und infolge der Stauungen zu Fluor und Menorrhagien zu führen. Es muß natürlich dahingestellt bleiben, ob nicht ein gemeinschaftliches Grundleiden, Anämie, Nervosität und Erschöpfung beide Prozesse nebeneinander bedingt.

Schließlich können Tumoren des Darmes in seltenen Fällen ins Genitale, speziell ins Ovar metastasieren, ähnlich den Metastasen der primären Magencarcinome (Gouilloud[90]), Bruner[80]), Amann[73])).

Literaturverzeichnis.

1. Kehrer, Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis. Berlin 1905.
2. Verhandlungen des XXV. Kongresses für innere Medizin 1908.
3. Wagner, G. A., Digestionstrakt, in Nothnagels spez. Pathologie u. Therapie, Supplement 6. I. Band, S. 903.

Mund- und Rachenorgane:

4. Arhövy, Indikationen zur stomatologischen Therapie. Österr.-ungar. Z. f. Zahnheilk. 1911.
5. Auwers, De la carie dentaire dans la grossesse. Revue trim. Suisse d'odont 1907 u. Journ. d'obst. et gyn. 20. Juli 1907.
6. Boissard, L'obst. 1910, S. 60.
7. Bumm, Grundriß der Geburtshilfe. Wiesbaden 1909.
8. Ely, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. Nr. 48, S. 1647.
9. Fleischmann, Österr. Zeitschr. f. Stomatologie 1913, H. 5.
10. Fischer, Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1592.
11. Guerini, Ref. in Od. Bl. 1907—1908, Nr. 15—16, S. 284.
12. Guerin-Valusale, Revue trim. Suisse d'Odont. 1905, S. 225 u. Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris 1909, S. 378.
13. Hauptmann, Münchn. med. Wochenschr. 1909, Nr. 41.
14. Hirsch, Frauenheilkunde und Zahnheilkunde in ihren gegenseitigen Beziehungen. Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. 1910.
15. Kieffer, Mund- und Zahnkrankheiten in Schwangerschaft und Wochenbett. Straßburger med. Zeit. 1909.
16. Kretz, Verhandl. d. Ges. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Köln 1908. II, 2. S. 49.
17. Kron, Nervenkrankheiten in den Beziehungen zu Zahn- und Mundleiden. Berlin 1907.
18. Mallet, Amer. gyn. and obst. Journal **15**.
19. Merkel, Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 26.
20. Mohr, Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 24, S. 1348.
21. Nessel, Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. 1905, H. 8, S. 509.
22. Preiswerk-Maggi, Mundhöhle und Gesamtorganismus. Schweizer Z. f. Zahnheilk. 1912, H. 1.
23. Riebold, Deutsche med. Wochenschr. 1906, S. 1116.
24. Roelants, Ein Fall von Gingivitis hypertrophica. Ref. in Internat. Zentralbl. f. Laryngol. 1911.
25. Rosenstein, Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. 1913, H. 3.
26. Scheff, Handbuch der Zahnheilkunde. 3. Aufl. Wien und Leipzig 1910.
27. Sehlbach, Münch. med. Wochenschr. 1909, S. 679.
28. Schober, Amer. journal ob obstetr. **39**.
29. Wunsch, Deutsche med. Wochenschr. 1905, S. 1510.
30. Zeutler, Dental Cosmos 1912, H. 10.

Magen.

31. Amann, Münch. med. Wochenschr. 1905, S. 2414.
32. Andérodias, Revue mens. gyn. d'obst. 1911, Nr. 1, 2, 4. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1137.
33. Audebert, Revue mens. de gyn. d'obst. 1912, Nr. 7. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1414.
34. Austerlitz, Gynaekol. Rundschau 1908, **2**, S. 259.
35. Baisch, Berliner klin. Wochenschr. 1907, Nr. 11, S. 297.
36. Borodenko, Berliner klin. Wochenschr. 1910, S. 1060.
37. Davies-Colley, Brit. med. Journal 1911. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. 1911.
38. Döderlein-Krönig, Operative Gynaekologie. Wiesbaden 1912.
39. Engelhorn, Beiträge z. Geburtsh. u. Gynaekol. **11**, H. 2.
40. Flesch, Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 41.
41. Feldmann-Raskina, Magenblutungen auf sexueller Basis. Inaug.-Diss. Berlin 1911.
42. Freund, H. W., Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 40, S. 1625.
43. Geipel, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906, S. 958.
44. Glockner, Archiv. f. Gynaekol. **72**.
45. Gobiet, Wiener klin. Wochenschr. **4**. 1909.
46. Gouilloud, Lyon méd. 1907.
47. Kermauner, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1907, S. 625.
48. Kraus, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **14**, S. 1.
49. Kunz, Zwei bemerkenswerte Fälle von Pseudopuerperalfieber. Inaug.-Diss. Erlangen 1905.

50. Lenhartz, Verhandlungen des XXV. Kongresses f. innere Medizin.
51. Lewisohn, Berliner klin. Wochenschr. 1909, Nr. 24.
52. Le Lorier, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, Nr. 16, S. 539.
53. Olshausen, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 156.
54. Pariser, Verhandlungen des XXV. Kongresses f. innere Medizin.
55. Perilliet-Botonet, Contributions à l'étude des vomissements de la grossesse. Thèse de Paris.
56. Plönies, Verhandlungen des XXV. Kongresses f. innere Medizin.
57. Polano, Würzburger Abhandl. 4, Nr. 11.
58. Preiß, Gynaekol. Rundschau, Jahrg. 1, Heft 18.
59. Reed, Journ. of obst. and dis. of women 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 17, S. 584.
60. Riebold, Verhandlungen des XXV. Kongresses f. innere Medizin. — Deutsche med. Wochenschr. 1906, S. 1116. — Münch. med. Wochenschr. 1907, S. 1868.
61. v. Rosthorn, Verhandlungen des XXV. Kongresses f. innere Medizin.
62. Runge, Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. Wiesbaden 1909/10. S. 106, Jahrg. I.
63. Schauta, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906, S. 754. — Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, Nr. 4.
64. Schenk u. Sitzenfrey, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 60, H. 3.
65. Schmorl, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906, S. 916.
66. Senge, Münch. med. Wochenschr. 1912, S. 2524.
67. Sitzenfrey, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 19, H. 2. 1908.
68. Sternberg, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906, S. 733, 752, 758, 877.
69. Wegele, Med. Klin. 1910, Nr. 1.
70. Winkler, Berliner klin. Wochenschr. 1905, Nr. 33, S. 1041; 1906, Nr. 33.
71. Wölpe, Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 51.

Darm.

72. Albrecht, Archiv. f. Gynaekol. 83, H. 1 u. 2.
73. Aman, Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 798; Münch. gynaekol. Gesellsch., Sitzg. v. 23. X. 1909.
74. Arnsperger, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 21, H. 4.
75. Attabekow, Ref. in Frommels Jahresberichte 1910, S. 470; Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1137.
76. Bauereisen, Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 15.
77. Becker, Monatschschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 28, H. 2.
78. Besancon, Contribution à l'étude de l'obstruction intéstinale au cours de l'hématocèle rétro-uterine. Thèse de Nancy 1905.
79. Blondel, Thèse de Lyon 1909.
80. Brunner, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 61, H. 1.
81. Bucura, Wiener klin. Wochenschr. 1907, Nr. 4.
82. Demelin et Coudert, L'obstétr. 1906. Ref. in Frommels Jahresberichte 1906, S. 796.
83. Döderlein-Krönig, Operative Gynaekologie. 3. Aufl. Leipzig 1912.
84. Desgouttes u. Gabouret, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 544.
85. Doane, Journ. of the Amer. med. Assoc. 1910. Ref. in Frommels Jahresberichte 1910, S. 472.
86. Fellner, Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Leipzig u. Wien 1903.
87. Füth, Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 25, H. 3.
88. Gauss, Verhandl. d. dtsch. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Dresden 1907.
89. Le Gendre, Zit. nach Wagner, l. c. S. 964.
90. Gouilloud, Lyon méd. 1907.
91. Häberlin, Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 1623. Ref. in Frommels Jahresberichte 1907, S. 717.
92. Hochenegg, Wiener klin. Wochenschr. 1907, S. 332.
93. Jardine, Journ. of obst. and gyn. 11, S. 410. 1907. Ref. in Frommels Jahresberichte 1907, S. 717.
94. Jones, Ref. in Frommels Jahresber. 1907, S. 598.
95. Kleinhans, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 52, S. 266.
96. Krönig, Verh. d. dtsch. Ges. f. Geb.: Genitaltuberkulose. München 1911.
97. — Naturforschervers. Köln 1908. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, S. 632.
98. Kroph, Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 18.
99. Kuliga, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 24, S. 598; Gynaekol. Rundschau 2, S. 812; 2, H. 3.
100. Kuschnir, Inaug.-Diss. Basel. Ref. in Frommels Jahresberichte S. 717.
101. Lampe, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1909, S. 405.
102. Lehmann, Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 15.

103. Maget, L'occlusion intestinal par les fibromyomes de l'uterus. Thèse de Bordeaux 1907.
104. Martin, Ed., Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **27**. 1908.
105. Maygrier u. Lemeland, Bull. de la Soc. d'obstetr. de Paris **4**, S. 171—176. 1909.
106. Meyer, E. L., Gynaekol. Rundschau 1910, H. 9.
107. Meyer, Leopold, Ref. in Frommels Jahresberichte 1910, S. 477.
108. — Rob., Virchows Archiv **195**, S. 487.
109. Müller, A., Über die Beziehungen zwischen Frauenleiden und Darmleiden. 79. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. Gynaekol. S. 195.
110. Munro Kerr, Glasgow med. Journ. 1910. Ref. i. Zentralbl. f. Gynaekol. S. 1478.
111. Musatoff, Ref. in Frommels Jahresberichte 1908, S. 551.
112. Oldfield, Journ. of obstetr. 1913, S. 43.
113. Opitz, Diskussion zum Vortrag Krönigs.
114. Pariser, Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1908, S. 149.
115. Payr, Deutsche Zeitschr. f. Chir. **81**, H. 5 u. 6.
116. Pearce, Lancet 1908.
117. Poulain, Arch. gen. de chir. 1911, Nr. 2. Ref. in Frommels Jahresberichte 1911, S. 15.
118. Preiss, Gynaekol. Rundschau **1**, S. 725. 1907.
119. Riebold, Münch. med. Wochensch. 1907, S. 1868; Deutsche med. Wochenschr. 1908, S. 1116.
120. Ries, Amer. Journ. of obestr. 1907.
121. Romanenko, Occlusion intestinale et grossesse. Thèse de Montpellier 1907. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 990.
122. v. Rosthorn, Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1908. S. 48; Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **20**, S. 1151.
123. Schickele, Hegars Beiträge z. Geburtsh. **6**, S. 460.
124. Schlimpert, Archiv f. Gynaekol. **94**, H. 3.
125. Schottländer u. Kermauner, Zur Kenntnis des Uteruscarcinoms. Berlin 1912.
126. Simmonds, Archiv. f. Gynaekol. **88**, S. 29. 1909.
127. Singer, Med. Klin. 1908, S. 658.
128. Sitzenfrey, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **64**, S. 538.
129. Stössel, Inaug.-Diss. Basel 1906. Ref. in Frommels Jahresberichte 1906, S. 974.
130. Tchebstaredsky, Dystocie par tumeurs du rectum. Thèse de Paris 1908.
131. Van der Hoeven, Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 46, S. 1534.
132. Viannay, La presse médicale 1910, Nr. 101, S. 587. Ref. in Frommels Jahresberichte 1910, S. 480.
133. Villard, Lyon méd. 1906. Ref. in Frommels Jahresberichte 1908, S. 20.
134. Werthheim, Die erweiterte abdomiale Operation bei Carcinoma colli et uteri. Berlin 1911.
135. Wallis u. Roberts, Brit. med. Journ. 1911. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 28.
136. Weyell, Med. Klin. 1910, Nr. 1.
137. v. Wild, Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung. Halle 1904.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Clare, T. C.: A note upon the pathology and treatment of dysmenorrhoea and sterility. (Pathologie und Behandlung der Dysmenorrhöe und Sterilität.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. 23, Nr. 6, S. 404—405. 1913.

Verf. gab in einem Falle von Dysmenorrhöe und Sterilität, die demnächst durch Dilatation der Cervix beseitigt werden sollte, als Sedativum vor der zu erwartenden Periode Cannabinum tannicum in Kapseln, dreimal 0,25 g er sah danach ohne jede lokale Behandlung Schwangerschaft eintreten.

Er erinnert an Beobachtungen bei Tieren, bei denen man unmittelbar post coitum eine Erweiterung des Cervicalkanals fand und glaubt, daß dasselbe auch beim Menschen der Fall ist. Bei der spasmodischen Form der Dysmenorrhöe soll eine solche Dilatation und damit auch Schwangerschaft ausbleiben. Der Spasmus sei im vorliegenden Falle möglicherweise durch die Droge behoben werden. *Rittershaus* (Coburg).

Stein, Ludwig: Einfluß des Diuretins auf die Menses. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 31, S. 1906. 1913.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß Diuretin, welches man bei Blutdrucksteigerungen zur Blutentlastung gibt, durch die dilatatorische Wirkung auf die peripheren Gefäße einen die Menses befördernden Effekt aufweist. Deswegen ist bei der Verordnung des Diuretins Rücksicht zu nehmen auf alle jene Zustände, die mit Kongestion des Uterus einhergehen und in deren Folge es zu Menorrhagien kommt, wie z. B. Endometritis, Entzündungen der Adnexe, Myomen usw. *Schäfer* (Berlin).

Jung, Ph.: Therapie der klimakterischen Störungen der Frau. Monatsschr. f. mod. Klinik u. Therap. Jg. **12**, H. 5, S. 234—240. 1913. (Russisch.)

Vgl. dieses Zentralbl. Bd. **2**, S. 305. Der Originalartikel ist zuerst veröffentlicht worden in der Deutschen med. Wochenschrift Jg. 1912 Nr. 15.

Daude, Otto: Über die Bäderbehandlung der weiblichen Sterilität. Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 30, S. 1209—1212. 1913.

Für Bäderbehandlung eignen sich die Fälle, bei denen die Sterilität durch Fettsucht, Anämie und Chlorose, Diabetes, Morbus Basedowii und chronische Vergiftung bedingt ist, ferner lokale Störungen am Genitale, Infantilismus, Cervixkatarrhe usw. Empfohlen werden Kohlensäurebäder, namentlich die natürlichen kohlensauren Stahlbäder, ferner Solbäder, besonders zur Behandlung der erworbenen Sterilität und Moorbäder von einer Temperatur von 36—38° C bei Sterilität nach alten entzündlichen Prozessen. Bei akut entzündlichen Zuständen, während der Menses und bei allgemeiner Debilität sind Moorbäder kontraindiziert, ebenso bei fortgeschrittener Tuberkulose, bei Hämoptöe, Arteriosklerose und inkompensiertn Herzfehlern. *Schäfer.*

Herbst, Curt: Vererbungsstudien 9: Der Einfluß der Behandlung der Geschlechtsprodukte mit Ammoniak auf ihre Fähigkeit, die elterlichen Eigenschaften zu übertragen. Sitzungsber. d. Heidelberg. Akad. d. Wiss., math.-naturwiss. Kl. Abt. B. Abhandl. 8, S. 17—32. 1913.

Verf. fand, daß mit Ammoniak bis an die Grenze der Möglichkeit behandelte Samenfäden von Strongylocentrotus lividus die väterlichen Eigenschaften in demselben Maße zu übertragen vermögen, wie unbehandelte. Seine Studien über die Befruchtung und erste Entwicklung im ammoniakhaltigen Medium, zu denen ihm Eiportionen von Sphaerechinus und Samen von Strongylocentrotus dienten, ergaben, daß die Bastarde überall die gewöhnliche Vererbungsrichtung der unbehandelten Kontrolle aufwiesen. Endlich hat sich das Ammoniak außerordentlich geeignet gezeigt, ungeteilte Eier mit ruhenden Riesenkernen zu erzeugen. Die Bastardbefruchtung solcher Eier mit Riesenkernen hatte auch hier, wie in Verf. Versuchen mit Kohlensäure, eine größere Mutterähnlichkeit der Larven zur Folge, soweit die Größe der Kerne überhaupt eine weitgehende Entwicklung zuließ. *Holste* (Stettin).

Herbst, Curt: Vererbungsstudien 8: Die Bastardierung von Eiern mit ruhenden Riesenkernen. Sitzungsber. d. Heidelberg. Akad. d. Wiss., math.-naturwiss. Kl. Abt. B. Abhandl. 8, S. 3—16. 1913.

Dem Verf. ist es gelungen, mittels Kohlensäure den unbefruchteten Eiern von Sphaerechinus einen derartigen Anstoß zur Parthenogenese zu geben, daß daraus ein durch Monasterbildung vergrößerter Eikern hervorging. Solche Eier unterscheiden sich von unbefruchteten, unbehandelten nachweisbar nur durch den verdoppelten Eikern. Bei der cytologischen Untersuchung der besamten Eier mit ruhenden Riesenkernen fand Hinderer, daß in denselben fast stets eine echte Kopulation von Ei- und Spermakern erfolgte und aus ihnen mutterähnlichere Larven entstanden als aus den Eiern mit normalgroßen Kernen. *Holste* (Stettin).

Smith, Geoffrey: Studies in the experimental analysis of sex. P. 10. The effect of sacculina on the storage of fat and glycogen, and on the formation of pigment by its host. (Beiträge zur experimentellen Geschlechtsanalyse. 10. Abschnitt. Der Einfluß von Sacculina (ein parasitärer Wurzelkrebs) auf Fett und Glykogenanreicherung und auf Pigmentbildung des Wirtstieres.) Quart. journal of microscop. science Bd. **59**, Nr. **234**, S. 267 bis 295. 1913.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Costantini, G., La sorte dei bacilli tubercolari dentro i vasi sanguigni. (Das Schicksal der Tuberkelbacillen in Blutgefäßen.) Ann. dello istit. Maragliano Bd. 7, Nr. 1, S. 36—49. 1913.

Einige Tropfen einer etwa 40tägigen Kulturemulsion wurden bei Versuchstieren (Hunden und Kaninchen) in ein doppelt abgebundenes Stück der Carotis deponiert. Durch Zusatz von Natriumcitrat zur Emulsion sollte die Gerinnung in dem ligierten Gefäßstück verhindert werden. Es ergab sich, daß bei Hunden nach längerem Aufenthalt in den Gefäßen die Tuberkelbacillen nicht mehr kulturfähig waren; im übrigen zeigte sich einfache Fragmentierung bis zur vollkommenen Auflösung und Verlust der Säurefestigkeit. Beim Kaninchen wurden die Bacillen viel weniger beeinflußt. *Kreuter* (Erlangen).[CH]

Daels, Frans, und C. Deleuze: Beiträge zum Studium der autolytischen und autoplastischen Vorgänge im embryonalen Gewebe. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 27, S. 989—998. 1913.

Die Verff. bezeichnen als Autolyse die den Übergang von koagulablem Stickstoff in inkoagulablen, dagegen als Autoplastie den entgegengesetzten Vorgang, also die Vermehrung des koagulablen Stickstoffes. Im allgemeinen steigt die Menge des unkoagulablen Stickstoffes erheblich im Laufe der ersten 6 Tage der Autolyse; zwischen dem 4. und 12. Tage kommt ein Stillstand oder Verminderung desselben vor; ein neues Steigen tritt gewöhnlich auf zwischen dem 30. und 40. Tage, worauf aufs neue eine Verminderung folgt. Die Untersuchungen an ganzen Föten und fötalen Lebern ergaben, daß bei den embryonalen Geweben der „proteoplastische" Koeffizient den „proteolytischen" deutlich übertrifft. Ein gleiches gilt für die Placenta. Die Versuche, Placenta saft bei bösartigen Geschwülsten einzuspritzen, sind daher nicht richtig begründet. Eklampsieplacenten zeigen einen auffallend hohen Gehalt an löslichen und unkoagulablen Eiweißstoffen. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Heilner, Ernst, und Th. Petri: Über künstlich herbeigeführte und natürlich vorkommende Bedingungen zur Erzeugung der Abderhaldenschen Reaktion und ihre Deutung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1775. 1913.

Antwort auf die Entgegnung Abderhaldens zur gleichnamigen Arbeit, in welcher die Verff. den Vorwurf der mangelhaften Technik ablehnen und ihre früher aufgestellte These von der Nichtorganspezifität der bei der Abderhaldenschen Reaktion in Betracht kommenden Fermente völlig aufrechterhalten. *Hiess* (Wien).

Steising, Zdzislaw: Über die Natur des bei der Abderhaldenschen Reaktion wirksamen Fermentes. (*Hyg. Inst., Univ. Lemberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 28, S. 1535—1536. 1913.

Verf. gibt Versuche an, durch welche er die Zugehörigkeit des Abderhaldenschen Ferments in die Klasse der Bacterio-, Cyto- und Proteolysine nachweist. Dieselben beruhen darauf, daß die Ninhydrinprobe auch positiv wurde, wenn in einem Dialysierschlauch Placenta mit inaktiviertem Serum einer Graviden + frischem Serum eines männlichen Individuums versetzt wurde, während z. B. Placenta + inaktiviertem Serum einer Graviden allein, oder Placenta + frischem oder inaktiviertem männlichem Serum allein einen negativen Ausfall der Ninhydrinprobe gab. Somit scheint die amboceptorenartige Natur des Abderhaldenschen Ferments klar. *Friedrich.*

Bauer, Julius: Über den Nachweis organabbauender Fermente im Serum mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Mitteilg. 2. (*Med. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 27, S. 1109—1115. 1913.

Im Verfolg früherer Arbeiten konnte Verf. zeigen, daß nach Thyreoidinbehandlung das Serum ein Abbauungsvermögen gegenüber Schilddrüsengewebe erlangt, ein Befund, der für die Spezifizität der Schutzfermente gegenüber Schilddrüseneiweiß spricht. Weiterhin berichtet Verf. über Versuche, in denen er koaguliertes Eiweiß von normaler Schilddrüse, von Kolloidkropf, Hypophyse, Ovarien, Hoden, Nebenniere, Pankreas, Thymus, Leber, Niere, Muskel und Blut mit dem Serum zusammenbrachte, und zwar wurden die Versuche auf Individuen ohne Schilddrüsenstörung und auf Individuen mit

ev. primärer Störung einzelner dieser ursprünglich nur zur Kontrolle verwendeten Organe ausgedehnt. Die Ergebnisse sind in einer ausführlichen Tabelle zusammengestellt. *Brahm* (Berlin).ᴹ

Agnoletti, G., e N. Lanzillotti: Contributo sperimentale allo studio della castrazione. (Experimenteller Beitrag zum Studium der Kastration.) (*R. scuola sup. di med. vet., Milano.*) Clin. veterinaria Jg. **36,** Nr. 13, S. 563—577. 1913.

Die Arbeit liefert den Beweis, daß in seiner Fähigkeit das Monobuttirin zu spalten, das Blut von kastrierten Rindern sich ganz gleich wie das von nicht kastrierten verhält. Die diesbezüglichen Versuche werden mit einer chemischen Methode (Bestimmung der Gesamtacidität der aus der Fettspaltung entstehenden Fettsäuren) und mit einer physikalischen (mittels des Traubeschen Stalagmometers) angestellt. *Colombino* (Mailand).

● **Falta, Wilhelm: Die Erkrankungen der Blutdrüsen.** Berlin: Springer. 1913. XII, 550 S. M. 22.—.

Man kann die Gesamtheit aller mit innerer Sekretion ausgestatteten Zellkomplexe als hormonopoetisches System bezeichnen. Es gibt aber eine Reihe von Organen, als deren eigentliche Funktion wir die Produktion besonders wichtiger, mit mächtigen physiologischen Eigenschaften begabter Hormone ansehen müssen. Diesen Organen ist gemeinsam, daß sie ihr spezifisches Sekret direkt in die Blutbahn absondern. Man nennt sie daher Blutdrüsen, die Gesamtheit derselben Blutdrüsensystem. Im allgemeinen Teil der Monographie wird der weschelseitige Einfluß der Blutdrüsen aufeinander, der Einfluß der Blutdrüsen auf Wachstum, Regulation des Stoffwechsels, die Beziehungen zum Nervensystem, zu den hämatopoetischen Apparat und die Bedeutung des Blutdrüsensystems für die Gesamtkonstitution des Körpers besprochen. Verf. unterscheidet Individuen mit stabilem, debilem und labilem Blutdrüsensystem. Die blutdrüsendebilen Individuen sind solche, bei denen nicht nur eine geringe Funktionsbreite, sondern vielleicht auch eine gewisse Disposition zu verchiedenerlei Erkrankungen, besonders zu Infektionen oder eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen Alkoholismus und gegen Toxine, die von einem im Körper befindlichen Infektionsherd ausgehen, besteht. Bei den bludrüsenlabilen Individuen beobachtet man oft in Monaten außerordentliche Schwankungen im Körpergewicht. Hierhin gehören die Individuen, bei denen normalerweise während der Gravidität auftretende Schilddrüsenschwellung zu leichten Basedowschen Erscheinungen führt, oder solche, bei denen eine starke Gemütserregung vorübergehende Glykosurie erzeugt, oder solche, bei denen während der Gravidität leichte akromegale Symptome auftreten, oder Frauen, bei denen starke dysmenorrhoische Beschwerden bestehen. Auch besondere Labilität des vegetativen Nervensystems ist hier oft zu beobachten. Die stabilen Individuen sind die mit dem beneidenswerten Gleichgewicht ihrer vegetativen Funktionen, ihres Stoffwechsels und ihrer Psyche. Im speziellen Teil werden die Erkrankungen der einzelnen Blutdrüsen besprochen. Auch für den Gynaekologen interessante Beobachtungen sind hier zusammengetragen, z. B. kleincystische Degeneration der Ovarien bei Kachexia stumipriva. Kapitel 3: kretinische Degeneration, Kapitel 4: Erkrankungen der Epithelkörperchen und Maternitätstetanie. Es folgen die kurz behandelten Kapiteln über die Erkrankungen der Thymusdrüse, der Epiphyse, den Status lymphaticus und Status hypoplasticus. Ihrer Bedeutung und den neuen großen Entdeckungen auf diesem Gebiete entsprechend werden die Erkrankungen der Hypophyse und die therapeutische Verwendung der Hypophysenextrakte eingehend erörtert. Kapitel 8: die Enkrankungen des Nebennierenapparates: Unterfunktionszustände (Addisonsche Krankheit) und Überfunktionszustände (Tumoren des chromaffinen Systems und solche der Rinde oder von beiden zusammen ausgehend), mit dem fördernden Einfluß der Nebennierenrinde auf Genitalsphäre und Behaarung. Besonderes Interesse bietet aber für den Gynaekologen das Kapitel 10: Die Erkrankungen der Keimdrüsen. Bei den Keimdrüsen sind zwei Teile zu unterscheiden: 1. die interstitielle Drüse: bei Männern: die Leidigschen Zwischenzellen, bei

der Frau: die Thecaluteinzellen und 2. die spezifische Generationsdrüse: beim Mann: Tubuli seminifrei, beim Weib: Follikelapparat. Es ist anzunehmen, daß die interstitielle Drüse einen wichtigen Einfluß ausübt 1. auf die Entwicklung der Generationsdrüse, 2. auf den genitalen Hilfsapparat, 3. auf die sogenannten Geschlechtsmerkmale. Es wird dann die Funktionssteigerung der Hypophyse und der Schilddrüse in der Schwangerschaft eingehend betrachtet. Es werden des weiteren die Mißbildungen (Aplasie der Keimdrüsen, Hermaphroditismus), der Hypogenitalismus (Eunuchen, Spätkastrate, Eunuchoidismus, Späteunuchoidismus) und die Therapie der Keimdrüseninsuffizienz besprochen. Der Hypergenitalismus, Chlorose und Osteomalacie schließen dieses Kapitel. Die Chlorose möchte Verf. so erklären, daß die gewaltigen Umwälzungen, die im weiblichen Organismus zur Zeit der Pubertät resp. mit dem Einsetzen einer stärkeren Tätigkeit des Follikelapparates vor sich gehen, bei nicht kräftigen Individuen zu einer vorübergehenden oder länger dauernden Erschöpfung führen. Auch das chromaffine Gewebe spielt hier zweifellos eine große Rolle. Auch bei der Entwicklung der Osteomalacie weisen gewichtige Tatsachen auf eine Beteiligung des Blutdrüsensystems hin. Im 14. Kapitel endlich werden die verschiedenen Formen von Fettsucht (pankreatogene, thyreogene, Dystrophia adiposo-genitalis, ephysäre) und die Adipositas dolorosa (Dercumsche Krankheit) dem Verständnis näher gebracht. *Weißwange* (Dresden).

Ferguson, John, The physiology and pathology of the internal secretory organs. (Die Physiologie und Pathologie der innersekretorischen Organe.) Canad. practit. a. rev. Bd. **38,** Nr. 6, S. 319—331 u. Nr. 7, S. 397 bis 410. 1913.

Fortbildungsvortrag ohne etwas Neues. *Schlimpert* (Freiburg i. B.).

Gley, E., et Alf. Quinquaud: Action de l'extrait thyroïdien sur la sécrétion surrénale. (Wirkung des Schilddrüsenextrakts auf die Nebennierensekretion.) Compt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156,** Nr. 26, S. 2013—2016. 1913.

Kleine Dosen von Rinderschilddrüsenextrakt erhöhen beim chloralisierten Hund den Adrenalingehalt des Nebennierenvenenblutes nicht. Die Größe des Adrenalingehaltes wurde mit dem Blutdruckversuch ermittelt. Sehr große, physiologisch nicht in Betracht kommende Dosen (0,05—0,1 g trockenen Extrakts) steigern die Adrenalinsekretion, aber nicht mehr als die Extrakte aus andern Organen. *E.Neubauer.*[M]

Carlson, A. J.: The correlation between the physiological state of the thyroid of the mother and of the fetus. (Die physiologischen Beziehungen der mütterlichen und fötalen Schilddrüsen.) (*Hull physiol. laborat., univ. of Chicago.*) Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med. Bd. **10,** Nr. 5, S. 185—187. 1913.

Vergleichende Untersuchungen an Katzen und Hündinnen, welche letzteren durch ihre im Seendistrikt Nordamerikas häufigere Kropfbildung besonders geeignete Untersuchungsobjekte darstellten. Ergebnisse: 1. Aktive Hyperplasie der Schilddrüse erzeugt keine Hypersekretion derselben, da diese die Kropfbildung bei den Föten eher vermindern als befördern würde. 2. Die Föten von Müttern mit aktiver Hyperplasie der Schilddrüse zeigten stets Kropfbildung, während die von Müttern mit normaler oder kolloid entarteter Schilddrüse stammenden Tiere normale Organe aufwiesen. Der fötale Kropf beruht nicht auf direkter Vererbung, sondern ist vielmehr als Teil- und Folgeerscheinung der nämlichen, im mütterlichen Blute wirksamen Ursachen (Zerfallsprodukte, Toxine) anzusehen, die auch den mütterlichen Kropf hervorgerufen haben.

Laubenburg (Remscheid).

Schickele, G.: Über die Herkunft der blutdrucksteigernden Substanz in der Hypophysis. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg i. E.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **1,** H. 6, S. 545—554. 1913.

Als Sekretionsprodukte der Vorderlappen der Hypophysis, d. h. des drüsigen Teiles werden bald Fettkörperchen innerhalb der Zellen, bald ihre Granula, bald Kolloidbestandteile angesehen. Letztere liegen meist im hinteren Teil des Vorderlappens,

teils in mit Epithel ausgekleideten kleinen Hohlräumen, teils im Lumen von Capillaren oder frei im Gewebe. Belege für die durch histologische Untersuchung begründete Auffassung, daß der Vorderlappen die blutdrucksteigernde Wirkung ausübt, fehlen bis jetzt. Versuche des Verf. mit Hypophysen vom Rind ausgeführt.

I. Versuch: Preßsaft frischer Hypophysen wirkt auf Blutdruck sehr verschieden, meist Blutdruck nicht beeinflußt, mitunter Erhöhung des Blutdruckes mit Pulsverlangsamung, mitunter Senkung des Blutdruckes ohne Pulsverlangsamung. Bei Extraktion mit kochendem 95 proz. Alkohol keine Zerstörung der wirksamen Substanz. — II. Versuch: Extrakt des Hinterlappens bewirkte nicht immer gleichmäßige Blutdrucksteigerung (auch das Pituitrin versagt zuweilen). Wässeriges Extrakt des Hinterlappens oft ohne Blutdrucksteigerung. Konzentrierter Preßsaft des Hinterlappens immer Erhöhung des Blutdruckes mit Pulsverlangsamung. Extrakt mit kochendem Alkohol geringe Blutdruckerhöhung und starke Pulsverlangsamung. — III. Versuch: Untersuchung des Vorderlappens. Konzentrierter Preßsaft blutdrucksteigernde Wirkung mit Pulsverlangsamung. Mehrere Injektionen waren wirksam. Extrakt ohne Erfolg. Extrakt mit kaltem Alkohol keinen wesentlichen Erfolg. Mit heißem wässerigen Extrakt kurzdauernde Blutdrucksenkung ohne Pulsverlangsamung. Mit kochendem Alkohol hergestellter Extrakt deutliche Blutdruckerhöhung mit Pulsverlangsamung. — IV. Versuch: Lösung der Kolloidsubstanz intravenös deutliche geringe Blutdruckerhöhung mit geringer Pulsverlangsamung.

Die auf den Blutdruck wirkenden Substanzen werden also durch Alkohol nicht zerstört. Seht wichtig ist der Nachweis, daß heißer alkoholischer Extrakt des Vorderlappens gleiche Wirkung wie der Extrakt des Hinterlappens (Pituitrin) erzielt. Extrakte der ganzen Hypophyse erhöhten selten Blutdruck. Diuretische Wirkung trat bei allen Extrakten auf. Verf. sieht nicht in der kolloiden Substanz das Sekretionsprodukt der Drüse. Über depressorisches Wirken der Substanz ist bisher kein Urteil möglich, es erscheint fraglich, daß sie ein Sekretionsprodukt ist. Kontraktionserregende Wirkung auf Uterus ist unabhängig vom Blutdruck. Auch Extrakte des Vorderlappens zeigten diese Wirkung. Extrakte des Vorderlappens eines Hypophysentumors hatten keine wesentliche Wirkung auf Blutdruck, aber starke Wirkung auf Wehen, bestanden also aus mehreren, verschiedenen Substanzen. *Wetzel* (Berlin).

Allgemeine Therapie:

Bauer, Heinz: Contribution à la dosimétrie des rayons X. (Beiträge zur Röntgenometrie.) Arch. d'électr. méd. exp. et clin. Jg. **21**, Nr. 362, S. 64—72. 1913. Vgl. dieses Zentralbl. Bd. **2**, S. 25.

Strauss: Strahlentherapie. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 34, S. 1384—1388. 1913. Sammelreferat.

Langes, E.: Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metropathien. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1. S. 287—299. 1913.

Die Technik besteht in einer Mehrfelder-(6—9)Bestrahlung, zentral eingestellt. Es werden durchschnittlich abdominal 15—20 X auf ein Feld und vaginal 10—15 X appliziert. Experimentelle Untersuchungen haben Bestrahlungen der Kreuzbein-, Glutäal- und Dammgegend rationell erscheinen lassen. Die Erfolge sind als gut zu bezeichnen. Von 24 bestrahlten Myomfällen konnten 15 genauer beobachtet werden, hiervon wurden 9 amenorrhoisch, 5 oligomenorrhoisch, 1 blieb unbeeinflußt. Von 50 bestrahlten Fällen von hämorrhagischen Methropathien ist ein endgültiges Urteil bei 40 Frauen abzugeben: 24 sind amenorrhoisch, 9 oligomenorrhoisch, 6 blieben unbeeinflußt. Größere Dosen als 200 X in einer Serie erscheinen übertrieben, wenn nicht infolge der stärkeren Frühschädigungen und der noch unbekannten, aber möglichen Darmschädigungen gefährlich. Ernsthafte Schädigungen sind bei der angewandten Technik nicht vorgekommen. Die anfänglich ausgeübte Technik (Zweifelderbestrahlung bei nur 1 mm Aluminiumfilterdicke) hat sich als unzureichend herausgestellt. *Hirsch.*

Exner, Alfred: Erfahrungen über Radiumbehandlung maligner Tumoren. (*II. chirurg. Klin., Univ. Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 29, S. 1203 bis 1204. 1913.

Exner berücksichtigt hauptsächlich die tiefgreifenden Tumoren und weist auf die Gefahren der Radiumbestrahlung hin (Perforation der Tumoren des Magendarmtraktus, intensives Wachstum infolge geringer Dosierung, und Blutung).

Von 40 Fällen wurde bei 20 wesentliche Besserung erzielt. Ein fast inoperables Oberlippencarcinom und ein Wangenschleimhautcarcinom rezidivierten erst nach 7 bzw. 9 Jahren.

Verf. betont einerseits die elektive Wirkung der Radiumstrahlen auf die Carcinomzelle, anderseits die deutliche Bindegewebsneubildung, welche die Metastasen durch die Lymphwege zu verhindern scheint. Operation und nachherige Bestrahlung geben zuweilen auch ausgezeichnete Erfolge. *Dorn* (Kempten).

Tousey, Sinclair, Treatment of deep seated cancer by X-rays excited by a current of unfluctuating voltage. (Die Behandlung tiefliegender Carcinome mit Röntgenstrahlen, die durch einen Strom mit gleichmäßiger Spannung erzeugt werden.) Internat. journal of surg. Bd. **26,** Nr. 5, S. 169 bis 170. 1913.

Nach Darlegung der Tatsache, daß es bis jetzt keinen Apparat gibt, der den zur Erzeugung einer homogenen Röntgenstrahlung notwendigen Gleichstrom mit unveränderlicher Spannung (und Stromstärke, d. Ref.) liefert, erklärt Verf. im Besitze eines solchen Apparates zu sein. Die Röntgenstrahlung ist nahezu homogen und eignet sich daher vorzüglich für die Tiefentherapie. Der Apparat wird nicht näher beschrieben. *Denks* (Hamburg).CH

Lazarus, Paul: Zur Radiotherapie der Carcinome. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 28, S. 1304—1305. 1913.

Verf. bespricht die Vorzüge der γ-Strahlen vor den Röntgenstrahlen und erläutert ausführlich Technik und Dosierung bei Anwendung radioaktiver Substanzen. Vorderhand sollen die suspekten und inoperablen, ferner die bereits operierten Fälle zur Rezidivverhütung, der Radiotherapie zugänglich gemacht werden, die operablen Fälle aber möglichst frühzeitig operiert werden. *Jaeger* (München).

Franke, Felix: Die Belladonna (Atropin) in der Behandlung der Fettleibigkeit. Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 25, S. 995. 1913.

Infolge der Überlegung, daß Atropin sekretionshemmend wirkt, gab Franke bei einem Falle von hochgradiger Fettleibigkeit, bei dem alle anderen Kuren wegen des besonders starken Hungergefühls nicht anschlugen, Belladonnatropfen mit gutem Erfolg in wiederholten Behandlungszeiten (Gewichtsabnahme in 7 Wochen von 197 Pfund auf 185 Pfund). *Happich* (St. Blasien).M

Weintraud, W.: Über intravenöse Campheranwendung. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 28, S. 1352. 1913.

Campher löst sich im Verhältnis 1 : 1000 in Wasser; die intravenöse Infusion von 250—300 ccm wird ohne Reaktion vertragen, jedoch übertreffen die praktischen Erfolge nicht diejenigen, die man durch subcutane Injektion von Campheröl erzielt. Verf. schlägt vor, in Fällen, in denen die Einführung von größeren Flüssigkeitsmengen in das Gefäßsystem indiziert erscheint, sich der wässerigen Campherlösung an Stelle der Kochsalzlösung zu bedienen, in allen anderen Fällen verwendet er das Campheröl. *Zabel.*M

Reinhardt, Edwin: Über Arsentherapie bei Anämien. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Mitteilg. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. **14,** H. 5, S. 51—72. 1913.

Verf. bespricht ausführlich das Wesen der Arsentherapie bei Anämien. Abgesehen von der Beförderung des Stoffansatzes betrifft die Wirkung des Arsens vor allem die blutbereitenden Organe, indem kleine Dosen zu Proliferation im Knochenmark führen, während allerdings große Dosen zugleich auch Untergang von roten Blutelementen bewirken. Im weitern unterzieht Verf. die gebräuchlichen Arsenpräparate einer kurzen Kritik, um sich dann speziell mit der Wirkung des Clarsons (dem Strontiumsalz der Chlorarsenbelicuolsäure) zu beschäftigen. In 5 Fällen schwerer Anämie verschiedener Ursache zeigte dieses Präparat eine sehr gute Arsenwirkung, und zwar völlig frei von irgendwelchen unangenehmen Nebenerscheinungen. *Roth* (Zürich).M

Crawford, Albert C., and James P. Crawford: The cock's-comb test for the activity of ergot preparations. (Die Hahnenkammprobe als Zeichen der Wirksamkeit von Mutterkornpräparaten.) (*Laborat. of pharmacol., Leland Stanford Junior univ.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 1, S. 19—23. 1913.

Die blaue Verfärbung des Hahnenkammes kommt nach Injektion von kleinen Dosen von Mutterkornpräparaten zustande. Diese Blaufärbung ist bedingt durch eine Dilatation

der Venen; doch ist deren Entstehung noch nicht erklärt. Verf. untersucht, welchen Körpern des Mutterkornextraktes diese Wirkung zukommt. Hydroxyphenylethylamin in Dosen bis 15 mg subcutan injiziert und Isoamylaminhydrochlorid (50 mg) erzeugten keine derartige Veränderung, während Myotoxin und Beta-Iminoazolylethylamin deutliche Blaufärbung des Hahnenkammes bedingen. Besonders rasch tritt der Effekt ein, wenn die beiden letzteren Präparate gleichzeitig injiziert werden. Es ist bekannt, daß das Beta-Iminoazolylethylamin vasodilatierend, daß dagegen das Hydroxyphenylethylamin und Isoamylamin vasokonstriktorisch wirken. Somit kommt den letzten beiden Körpern die therapeutische Wirkung auf die Uterusgefäße zu, und es ergibt sich, daß die Hahnenkammprobe nicht für die Prüfung der gesamten physiologischen Wirkung von Mutterkornpräparaten in Betracht kommen kann.

Chiari.[M]

Wolfheim, M.: Aleudrin, ein neues Beruhigungs- und Schlafmittel. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 34, S. 933—936. 1913.

Allgemeine Chirurgie:

Burmeister, R.: Bolus alba. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 29, S. 1141. 1913.

Die unangenehmen Nachwirkungen, die Günther laut Bericht in Nr. 13 des Zentralblattes für Chirurgie bei Verwendung des Bolus alba als Händedesinficiens beobachtete — Rauhigkeit und Wundwerden der Hände — sind nach Ansicht des Verf. auf die Verreibung des Bolus mit 96 proz. Alkohol, der bekanntlich stark austrocknende Wirkung hat, zurückzuführen. B. verreibt den Bolus mit sterilem Wasser und beschickt die Hände vor Anlegung der Handschuhe mit einer kräftigen Bolusschmiere, die Trockenpuderung Günthers wird verworfen. *Kroh.*[CH]

Oppermann, Franz: Experimentelle Studie über den Kohlenhydratstoffwechsel in der Narkose. (*Med. Klin., Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **47/48**, Festschr. v. Strümpell, S. 590—616. 1913.

Durch 14 Versuche wird bewiesen, daß die Narkose sicher einen Einfluß auf den Kohlenhydratstoffwechsel habe. Dieser Einfluß macht sich in zwei einander entgegengesetzten Richtungen geltend. Gewisse Narkotica — und zwar unsere stärksten und gebräuchlichsten — erzeugen eine Hyperglykämie. Andere hinwieder, die zu den schwächeren gehören, bewirken Hypoglykämie. Zu den ersteren rechnet Verf. Chloroform, Chloralhydrat, Äther, Morphium, Urethan, zu den letzteren Alkohol, Veronal, Trional. Chloroform wirkt am stärksten, und die Hyperglykämie bleibt auch noch nach völligem Aufhören aller Narkosenwirkungen auf ziemlicher Höhe. Hieraus ergibt sich auch, daß die Glykosurie und Hyperglykämie als Folgezustand herabgesetzter Oxydationskraft der Gewebe anzusprechen sei. Es erscheint auch bewiesen, daß eine Steigerung des Eiweißzerfalles und Hpyerglykämie in der Narkose als voneinander abhängige Erscheinungen zu betrachten seien. Außer bei Chloral und Chloroform geht die Oxydationshemmung der Tiefe der Narkose parallel. Als Erklärung für diese Vorgänge nimmt Verf. an, daß der auch in seiner Oxydationsfähigkeit für Kohlenhydrate geschwächte Organismus auf diese Schädigung wie auf einen Kohlenhydratmangel reagiert; und zwar durch Zuckerbildung mit Hilfe der Zerstörung des Eiweißmoleküls. Was den Gesamtstoffwechsel während der Narkose angeht bei den zweiten schwächeren Narkoticis, kann es sich hier nur um eine Hemmung der Glykogenmobilisation der Leber oder sogar gesteigerte Glykogenbildung auf Kosten des Blutzuckers handeln. Da aber aus anderen Versuchen zu vermuten ist, daß die Narkotica eine einheitliche Wirkung haben, so könne man annehmen, daß sie in gewisser Konzentration zunächst eine Hypoglykämie, in stärkerer, bei Allgemeinnarkose, eine Hyperglykämie erzeugen.

Weichert (Breslau.)[CH]

Kruskal, Isaac D.: Intratracheal ether anaesthesia. (Intratracheale Äthernarkose.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 117—118. 1913.

Verf. benutzte diese Methode mit dem Elsbergschen Apparat in 84 Fällen und immer mit gutem Erfolg. Sie hat große Vorteile. Bei Operationen am Kopf ist der Narkotiseur nicht im Wege und die Narkose läßt sich in jeder sonst unbequemen Lage und Haltung des Kopfes leicht durchführen. Der rückläufige Luftstrom verhindert die Aspiration von Blut und Schleim und infolgedessen ist die Zahl der Aspirationspneumonien sehr viel geringer. Beim Vorhanden-

sein von Obstruktionen in den oberen Luftwegen fehlen dieser Methode alle Gefahren der gewöhnlichen Narkosen. Bei alten und heruntergekommenen Patienten werden Atmung und Herz weniger angestrengt und infolgedessen ist postoperativer Shock sehr viel seltener. Bei Operationen an Brustkorb ist es möglich, falls die Pleurahöhle eröffnet wird, durch den positiven Druck die Gefahr des Pneumothorax zu verringern. Nieren- und Ureteroperationen können in jeder Lage des Patienten ausgeführt werden, ohne daß dabei der Narkotiseur in seiner Arbeit gestört wird. Es läßt sich mit dieser Methode eine gleichmäßige, ruhige Narkose herstellen, durch die ein ungestörtes Operieren gesichert und viel Zeit gewonnen wird. Technik: Vorher wird Morphium gegeben, und die Narkose wird mit einer der gewöhnlichen Methoden eingeleitet. Wenn Erschlaffung der Muskulatur eingetreten ist, wird mit Hilfe des Jacksonschen Laryngoskops der Katheter eingeführt. Derselbe darf nicht weiter hinuntergehen wie bis zur Bifurkation der Trachea. Der Ätherdruck wird langsam auf 20 mm Hg eingestellt; wenn der Operateur es verlangt, kann man aber ohne Gefahr bis auf 50 mm Hg hinaufgehen. Verf. benutzte meist 50—70% Ätherdämpfe. Asphyxien kamen nicht vor. *Lamers* (Amsterdam).

Prince, E. M.: Nitrous - oxide oxygen anaesthesia. (Stickstoffoxydul-Sauerstoff-Anästhesie.) Southern med. journal Bd. 6, Nr. 2, S. 89—93. 1913.

Nach den Erfahrungen an 2500 meist größeren chirurgischen Operationen mit der reinen Stickstoffoxydul-Sauerstoff-Narkose, d. h. ohne Beigabe von Äther oder Chloroform, aber mit vorheriger Injektion von Morphium grs. 1—4, Atropin grs. 1—100, Strychnine grs. 1—30 möchte Verf. diese Narkose warm empfehlen. Da Blutdruckmessungen an 50 Fällen bei reichlicher Sauerstoffdarreichung keine Steigerung des Blutdruckes mehr ergab, so hält er auch bei bebestehenden Herzsymptomen diese Narkose für absolut ungefährlich. Den zweiten gegen diese Narkose erhobenen Einwand, daß ohne Wiederaus- und -einatmen der verbrauchten CO_2 reicheren Luft in die Maske die Methode zu teuer sei, andererseits CO_2 bei Atemstörungen direkt indiziert sei, hält Verf. gleichfalls für hinfällig, da der Kostenpunkt bei der Narkose nicht in Frage kommen dürfe, die CO_2 aber, falls eine Indikation für ihre Anwendung sich ergebe, etwa in 1%, vorteilhafter für den Patienten aus einer frischen, an den Apparat angeschlossenen CO_2 Bombe gereicht werden könne, wie auch ein Zurückatmen in die bei allen Patienten gebrauchte Maske aus hygienischen Gründen verboten sei. Auch den 3. Einwand der abnormen Pulsbeschleunigung hält Verf. für hinfällig, da bei reichlicher O-Darreichung der Puls nicht beschleunigter war, als in Äthernarkosen. Die Mortalität betrug in Verf. Fällen, obgleich zahlreiche eitrige Bauchhöhlenoperationen darunter waren, etwas über 1% wie Verf. annimmt, dank der gefahrlosen Narkose. Die einzige Schwierigkeit erblickt Verf. in der schwierigeren Narkosentechnik und plädiert Verf. daher dringend für Ausbildung von Narkosenspezialisten, für deren soziale Sicherstellung aber auch durch bessere Bezahlung ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit gesorgt werden müsse. *Vaßmer* (Hannover).

Burger, T. O., and J. L. Ross: Nitrous-oxide and oxygen anaesthesia. (Stickstoffoxydul-Sauerstoff-Anästhesie.) Southern med. journal Bd. 6, Nr. 2, S. 93—95. 1913.

Nach Aufzählung der bekannten Nach- und Vorteile der N_2O—O-Narkose möchte Verf. nach seinen Erfahrungen diese Narkose, kombiniert mit vorheriger Injektion von Morphium-Atropin und ev. Scopalamin 30 Min. vor Beginn der Narkose und ev. kleiner Beigabe vorher erwärmter Ätherdämpfe als beste und gefahrloseste Narkose empfehlen, zumal auch das Exzitationsstadium wie auch die postnarkotischen Wirkungen ganz fehlen bzw. auf ein Minimum reduziert sind, wenn für reichliche O-Zufuhr gesorgt wird. *Vaßmer* (Hannover).

Leigh, Southgate: Further report on nitrous oxideoxygen anesthesia. (Über weitere Erfahrungen mit der Stickoxydulsauerstoffnarkose.) Americ. journal of surg. Bd. 27, Nr. 6, S. 222—224. 1913.

Verf. hat bei 1500 Fällen keine üblen Zufälle, die direkt oder indirekt mit der Narkose in Zusammenhang zu bringen wären, erlebt. Die Durchschnittsdauer der Narkosen betrug 40 Minuten. Nie wird eine Operation über $1^1/_2$ Stunden ausgedehnt. Blutdruckmessungen ergaben keine Pulsalteration, der Apparat ist einfach, der Preis pro Narkose beträgt 50 Cents für die Stunde. Vor der Narkose wird eine Morphiuminjektion mit Atropin an Stelle von Scopolamin gemacht. Nach Criles Vorgang wird die Schnittlinie mit Novocain infiltriert. Dies hat verschiedene Vorteile: man kann früher mit der Incision beginnen, die Spannung und der Nachschmerz sind geringer. Die Schwierigkeiten der Narkose liegen in ihrem raschen Eintritt, dem aber ein gerade so rasches Wiedererwachen entspricht. Schwierig ist weiter eine volle Muskelerschlaffung ohne gleichzeitige Cyanose zu erzielen. In mehr als der Hälfte der Fälle war keine Ätherzugabe notwendig. Bei dem selten eintretenden Erbrechen läßt man den Patienten aufwachen; die Operation wird auf 2 oder 3 Minuten unterbrochen. Nachwehen sind

selten und wenn vorhanden, nur gering. Besprechung der bekannten Vorteile gegenüber der Chloroform- und Äthernarkose. Verf. glaubt voraussagen zu können, daß es in 1—2 Jahren in Amerika kein besser ausgerüstetes Hospital geben wird, das nicht mit einem Apparat und erfahrenem Narkotiseur für diese sicherste und beste Narkose ausgerüstet sein wird. *Kulenkampff* (Zwickau).[CH]

McMechan, F. Hoeffer: Oxygen and anesthesia. (Sauerstoff und Narkose.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 6, S. 205—209. 1913.

Verf. gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung dieser Frage und erwähnt, was wohl nicht allgemein bekannt sein dürfte, daß schon Jakson gegen üble Zufälle die Atmung von reinem Sauerstoff empfohlen hat. Gwathmey hat den Braunschen Apparat mit einem Sauerstofferzeuger kombiniert. Verf. hat diesen Apparat modifiziert und gibt an der Hand einer Abbildung eine kurze Beschreibung davon. Nach Art der Acethlenlaternen wird durch Aufdrehen eines Hahnes durch zutropfendes Wasser Sauerstoff erzeugt und durch die Äther- und Chloroformflaschen getrieben. Wie die Abbildung zeigt, ist der Apparat sehr kompendiös und mit einer Wärmevorrichtung für die Narkotica versehen. *Kulenkampff.*[CH]

Kornew, P.: Über die freie Fascientransplantation. Experimentelle und klinische Untersuchungen. (*Med. Inst. f. Frauen u. k. Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 1, S. 144—238. 1913.

Kornew gibt zunächst einen erschöpfenden Überblick über den umfangreichen, die freie Fascientransplantation betreffenden experimentellen und klinischen Stoff. Die eigenen Untersuchungen und Beobachtungen K.s sind in einen experimentellen und klinischen Teil gegliedert. Die zahlreichen Versuche bedeuten eine Bestätigung und zugleich eine Ergänzung des bisher Erforschten; neu ist der erfolgreich ausgeführte Verschluß von Brustwanddefekten durch frei transplantierte Fascie. Die klinische Beobachtung umfaßt 18 Fälle. Die freie Fascientransplantation wurde angewandt: zur Befestigung der Muskelnähte bei Leistenbruchoperationen (12), zum Verschluß des inneren Ringes bei Hernia cruralis (1), zum Verschluß eines Bruchdefektes bei Hernia pulmonalis, zum Verschluß eines Pleuradefektes bei penetrierender Wunde des Brustkorbes, zur Sphincterplastik statt des Metallringes von Thiersch bei Prolapsus ani, zum Fixieren des Hodens bei Retention desselben und zur Mobilisation des ankylosierten Mandibulagelenks. Bis auf einen Mißerfolg wurden stets vorzügliche Einheilung des Transplantats und befriedigende klinische Resultate erzielt. Der Kritik der freien Sehnenplastik fehlt die nötige Literaturberücksichtigung und das Beibringen klinischer Beweise bzw. Gegenbeweise. *Rehn* (Jena).[CH]

Friedemann, M., Über intravenöse Dauerinfusion. Nachtrag zu meiner gleichlautenden Arbeit in Nr. 19 [der Münchener medizinischen Wochenschrift Jg. 60]. Münch med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 23, S. 1264. 1913.

Bei der ersten Behandlung dieses Themas ist eine Arbeit Holzbachs unerwähnt geblieben. Diese bespricht zunächst Tierversuche, die über die Wirkung des Adrenalins und anderer Mittel bei Blutdruckerniedrigung, wie sie der Darreichung mancher Gifte (Arsen, Veronal) folgt und die Peritonitis begleitet, Aufschluß bringen sollten. Dabei hat sich ergeben, daß man mit Adrenalin gute Resultate erzielt, wenn man seine nur kurz dauernde Wirkung auf die Konstriktion der Arterien zu einer anhaltenden macht durch lang fortgesetzte intravenöse Infusion. Den im Tierversuch gewonnenen Erfahrungen entsprachen die Erfolge der — oft viele Stunden langen — Dauerinfusionen mit Heidenhainscher Adrenalinkochsalzlösung am Menschen. — Während Holzbach nur darauf ausging, die Wirkung des Adrenalins zu einer beständigen zu machen, hat Verf. die Dauerinfusion teils mit Kochsalzlösung allein, teils zur kontinuierlichen Zufuhr von Medikamenten, wie Digalen, Kollargol usw. empfohlen. *Genewein.*[CH]

Blumenthal, A.: Ein neuer Nadelhalter. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 28, S. 1372. 1913.

Unter Gebr.-Muster Nr. 548 750 geschützt bringt Verf. ein Instrument heraus, das einen in seinem Handgriff rechtwinkelig abgebogenen Nadelhalter nach Konstruktion des Hagedornschen darstellt. Das Nähen in der Tiefe von Höhlen soll dadurch sehr erleichtert werden. — Bezugsfirma: Louis und H. Löwenstein-Berlin, Ziegelstraße 28/29. *Neumann.*[CH]

Kenyon, James H.: Continuous suction, and its application in postoperative treatment. (Kontinuierliche Saugbehandlung nach Operationen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 115—116. 1913.

Von einer Wasserstrahlpumpe führen Gummischläuche zu dem Bett der Patientin und sind dort mit den in der Wunde liegenden Gummidrains verbunden. Es soll in der Wunde kein Vakuum, nur ein Operationsstrom erzeugt werden. Die Behandlung kann auch vorübergehend unterbrochen werden. Sie bewährte sich besonders bei Kotfisteln und außerdem bei Bauchhöhlendrainage, bei Drainage des suprapischen Raumes nach Blasenoperationen u. a. mehr. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Herzog, Hans, Über die Involutionsformen des Gonokokkus Neisser und ihre Rolle als intraepitheliale Zellparasiten. (*Anat.-biol. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **212**, H. 2, S. 243—320 u. H. 3, S. 321—367. 1913.

Die Darlegungen des Verf. sollen „in Anlehnung an die Beobachtungen früherer Untersucher, insbesondere Wertheims, einer weiteren Freilegung des Problems des Gonokokkus Neisser in biologischer, pathogenetischer und klinischer Hinsicht gewidmet sein". Die Möglichkeit des Zustandekommens chronisch verlaufender gonorrhoischer Krankheitsprozesse ergibt sich aus dem Umstand, daß Gonokokken sowohl von leukocytären Mikrophagen, wie von Schleimhautepithelzellen phagocytiert werden. Hierbei braucht die Phagocytose nicht bis zur restlosen Vernichtung der Keime zu führen, sondern kann auf der Stufe eines morphologisch weitgehend deformierten und abgeschwächten, jedoch noch lebensfähigen Keimmaterials stehen bleiben. Daraus resultiert ein Zustand symbiotischer Anpassung zwischen Epithelzellen und unvollkommen bakteriolysierten, morphologisch keinerlei Ähnlichkeit mit Gonokokken mehr aufweisenden Keimelementen. Die Involutionsformen, deren Morphologie eingehend beschrieben wird, sollen auf der Kultur und in den Zellen der Schleimhaut dasselbe Aussehen wie die von v. Prowazek beschriebenen Vaccineerreger zeigen können. *Schürer.*[M]

Angle, E. J.: Gonorrhea in the female. Its recognition and treatment. (Die Gonorrhöe der Frau, ihre Diagnose und Behandlung.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 7, S. 568—573. 1913.

Je früher die Behandlung einsetzt, um so sicherer ist der Erfolg und um so geringer die Gefahr einer ascendierenden Infektion. Die allzu eifrige Behandlung der Gonorrhöe im akuten Stadium sollte aufgegeben und statt ihrer weniger aktiv vorgegangen werden. Die Infektion haftet am längsten in den Tuben, der Cervix, den Skeneschen und Bartholinischen Drüsen. Wiederholte Untersuchungen sind nötig, bevor die Kranke als geheilt entlassen wird. Bei Beckenkomplikationen bringen Zeit, Irrigationen und Tamponbehandlung in der Mehrzahl der Fälle die Resorption zuwege. *Blanck.*

● **Neisser, A.: Syphilis und Salvarsan. Nach einem auf dem internationalen medizinischen Kongreß in London im September 1913 gehaltenen Referat.** Berlin: Springer 1913. 42 S. M. 1.20.

Für die Behandlung und Bekämpfung der Syphilis im ganzen scheint das Salvarsan unentbehrlich, die Anti-Salvarsan-Partei steht auf derselben Stufe, wie die Anti-Mercurialisten; die Behandlung des einzelnen Syphilitikers aber bedarf strengster Individualisierung; da handelt es sich nicht nur um die Syphilis des Patienten, sondern um alle seine physischen und auch psychischen Eigenschaften. Man wird also einzelne von der Salvarsanbehandlung ausschließen müssen, nicht aber einzelner Unglücksfälle halber die Salvarsanbehandlung aus der Therapie verbannen dürfen. *Blanck.*

Rothacker, Alfons, und Charon: Das Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. (*Inst. f. Hyg. u. Bakteriol. u. med. Poliklin., Univ. Straßburg i. E.*) Zentralbl. f. Bakteriol. Orig. Bd. **69**, H. 7, S. 478—496. 1913.

Verff. geben eine eingehende Besprechung der Literatur und eine kurze Zusammenstellung der hauptsächlichsten Arbeiten und ihrer Ergebnisse in Tabellenform. Während

in früherer Zeit das Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut nur bei Miliartuberkulose und bei Phthise im letzten Stadium angenommen wurde, ist neuerdings das häufigere Vorkommen im strömenden Blut behauptet worden. Die älteren Arbeiten sind größtenteils nicht fehlerfrei (Verunreinigung durch andere säurefeste Stäbchen!). Erst die neueren mit peinlichsten Kautelen ausgeführten Untersuchungen verdienen Berücksichtigung. Deren Ergebnisse weisen nun aber beträchtliche Unterschiede auf, insbesondere dort, wo gleichzeitig Tierversuch und mikroskopisches Präparat ausgeführt wurden, eine auffallende Divergenz beider Untersuchungsresultate, und zwar ist die Zahl der positiven Fälle beim Tierversuch geringer als beim mikroskopischen Präparat. Zum Teil liegt dies vielleicht daran, daß im mikroskopischen Präparat säurefeste Gebilde anderer Art, z. B. Cholesterin und Lecithin, in Frage kommen. Verff. berichten des weiteren über eigene Untersuchungen mittels Tierversuches und mikroskopischen Präparates. Von 46 untersuchten Blutproben Tuberkulöser aller Stadien lieferte nur 1, welche eine Miliartuberkulose betraf, ein positives Impfresultat; dagegen fanden sich in 12 Fällen in nach Ziehl-Neelsen gefärbten Präparaten (die Muchsche Granulafärbung wurde auch angewandt, aber als in solchen Fällen zu unsicher nicht zur Entscheidung herangezogen) verdächtige säurefeste Stäbchen, und zwar nahm die Häufigkeit des Auffindens von säurefesten Stäbchen mit der Schwere der tuberkulösen Erkrankung zu (im 1. Stadium 0, im 2. 13, im 3. 60%).

Zur Technik: Im Tierversuch wurde ein Gemenge von ca. 10 ccm einer 2 proz. Natriumcitratlösung und etwa 25 ccm des zu untersuchenden Blutes, welches durch längeres, leichtes Schütteln vor Gerinnung bewahrt wurde, 2 jungen Meerschweinchen subcutan in die Leistengegend in der Menge von 5 ccm eingespritzt und nach 4 Monaten die Tiere auf deutliche Impftuberkulose untersucht. Zum Anfertigen des mikroskopischen Präparates wurde das übrige Blut (ca. 5—10 ccm) nach der Stäubli-Schnitterschen Methode verarbeitet, d. h. mit der gleichen Menge 1 proz. Essigsäure versetzt, $^1/_2$ Stunde unter leichtem Umrühren stehen gelassen, $^1/_2$ Stunde scharf zentrifugiert, der Bodensatz mit 30 ccm 15 proz. Antiformin versetzt, 10 Min. in den Brutschrank gestellt bis zur völligen Lösung, $^3/_4$—1 Stunde scharf zentrifugiert, der kaum sichtbare Niederschlag 2 mal mit physiol. Kochsalzlösung ausgewaschen und der minimale Bodensatz mit dem letzten Tropfen Flüssigkeit auf den vorbehandelten Objektträger aufgetragen; das Präparat läßt man lufttrocken werden, fixiert es in der Flamme und färbt nach Ziehl-Neelsen. (Vor der Färbung nicht mit Fließpapier abtupfen, alle Utensilien in konz. Schwefelsäure aufbewahren, als Spülwasser nur ganz frisch destilliertes Wasser benutzen, Citratlösung mindestens 1 Stunde im Dampftopf sterilisieren!)

Verff. kommen zu folgenden Schlüssen: Für den Nachweis der Tuberkelbacillen im Blut ist das einzig sichere Kriterium nur der richtig vorgenommene und richtig gedeutete Tierversuch; die Herstellung eines mikroskopischen Präparates, speziell nach der Stäubli-Schnitterschen Methode, liefert unsichere Bilder (andere säurefeste Stäbchen, Kunstprodukte!). Tuberkelbacillen dürfen nur bei Miliartuberkulose und wohl noch bei den schwereren Formen der Tuberkulose in größerer Zahl im Blute zirkulieren. *Sonntag* (Leipzig).CH

Sahli: Theses on tuberculin treatment. (Thesen zur Tuberkulinbehandlung.) Vorgetragen auf der V. Jahreskonferenz der nationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose.) Lancet Bd. **185**, Nr. 6, S. 379. 1913.

Fünfzehn Leitsätze, die folgende wichtigste Angaben enthalten: Alle verschiedenen Tuberkuline sind dem Wesen nach identisch. Das Tuberkulin muß dem Praktiker in fertigen Verdünnungen geliefert werden (Beraneck). Diagnostische Tuberkulineinspritzungen sind zu vermeiden. Tuberkulinbehandlung kann nur für Anfangsfälle in Frage kommen, Reaktionen dürfen nicht auftreten. Die Wirkung des Tuberkulins beruht auf der Steigerung der natürlichen Heilfaktoren; zu einer aktiven Immunisierung kommt es nicht. *Rittershaus* (Koburg).

White, W. Charles: The place of tuberculin in treatment in relation to other methods. (Die Rolle der Tuberkulinbehandlung in Beziehung zu andern Methoden.) Lancet Bd. 185, Nr. 6, S. 377—378. 1913.

Über Wirksamkeit oder Unwirksamkeit des Tuberkulins gehen die Ansichten noch sehr auseinander. Ohne Einfluß auf tuberkulosefreie Individuen, ruft es bei

Tuberkulösen eine deutliche, oft von einer Heilung gefolgte Reaktion hervor. Die immerfort angepriesenen neuen Tuberkuline leiden unter einer ungenauen Dosierung und erschweren eine exakte Feststellung der Wirkung. Es fehlt ein Präparat von stets gleicher chemischer Zusammensetzung; so könnte auf jeder Packung der in dem Tuberkulin enthaltene, nach der Kjeldahlschen Methode zu bestimmende Stickstoff angegeben werden. Hat man erst ein Präparat von stets genau bekannter chemischer Zusammensetzung, so kann man bei gleicher Anwendungsweise stets dieselbe therapeutische Wirkung erwarten. Verf. ist selbst überzeugter Anhänger des therapeutischen Wertes des Tuberkulins, den er am eignen Körper, bei jahrelanger Anwendung, erproben konnte. *Rittershaus* (Koburg).

Allgemeines über Geschwülste:

Abramowski, Hans: Über die Biologie des Krebses. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. **13**, H. 2, S. 345—352. 1913.

Es wird der Beweis zu führen versucht, daß überall dort, wo eine große Bakterienflora wuchert und dort, wo die Sekrete des Körpers erzeugt werden, die Zellen nicht zu carcinomatöser Proliferation neigen. Dagegen entwickelt sich das Carcinom mit Vorliebe im sekret- und bakterienfreien Gewebe. *Gräfenberg* (Berlin).

Saxl, Paul: Über die Störungen im Eiweißstoffwechsel Krebskranker. (*I. med. Klin., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 28, S. 1730—1731. 1913.

Bekanntlich findet man beim Carcinomkranken eine Steigerung des gesamten Eiweißumsatzes und Störungen im intermediären Eiweißabbau: Harnstoffbildung vermindert; NH_3 vermehrt, desgleichen Rest- und kolloidaler N, Oxyproteinsäuren, Polypeptide, Neutralschwefel und nichtoxydabler Schwefel. Auffallend ähnliche Erscheinungen fand nun Saxl bei Menschen und Tieren, denen relativ kleine Rhodanmengen verabreicht wurden. Es trat nach Verfütterung von 1,5 Rhodannatrium pro die die Schwefeloxydationsreaktion (Salomon - Saxl) am 3. Tage auf; die Oxyproteinsäuren stiegen von 1—$1^1/_2$% auf 2,5—3% des Gesamt-N. — Andererseits fand S. im Harn Krebskranker 150—220 mg Rhodan gegenüber ca. 100 mg beim Gesunden (Ruppsche Methode). Es dürfte sich vielleicht bei der Rhodanbildung um Auftreten von Spuren Blausäure im Stoffwechsel handeln, die bei Krebskranken eventuell vermehrt wäre. *Beuttenmüller* (Stuttgart).[M]

Davis, Theodore G.: Hema-uro-chrome. A new laboratory test for cancer and sarcoma, also a method of separating bile acids and pigment with the application of Torquay's test, indican being obtained if present. (Häma-Uro-Chrom. Ein neues Reagens auf Carcinom und Sarkom, zugleich eine Methode zur Trennung von Gallensäuren und Pigment durch Verwendung von Torquays Reagens, Nachweis von Indican.) Americ. journal of the med. scienc. Bd. **145**, Nr. 6, S. 857—865. 1913.

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren: Zu 100 ccm Urin werden 10 ccm Salzsäure hinzugefügt und vorsichtig bis zum Kochen erwärmt; nach Abkühlung Zusatz von 30 ccm Äther; die Mischung wird ab und zu vorsichtig geschüttelt, um das Entweichen des Äthers zu vermeiden. Nach 12 Stunden Abdunsten des Äthers in einer Schale. Durch Hinzufügung einer geringen Menge 1 proz. wässeriger Natriumbicarbonatlösung werden die Gallensäuren in Salze übergeführt und lassen sich nunmehr mit den üblichen Reaktionen nachweisen. — Torquays Reagens ist eine frisch bereitete Lösung von Methylviolett in Wasser 1 : 2000. Das Blau dieser Lösung wird in Rot übergeführt, sobald man eine kleine Menge des nach Verf. vorbehandelten Urins hinzufügt, sofern dieser Galle enthält. Der Nachweis sei unter allen Methoden der empfindlichste und feinste. — Bei Gegenwart von Indican kommt ein Ring oberhalb des Gallenfarbstoffes zustande. — Nach Narkosen werden Krystalle von Chlorammonium, bei einigen pathologischen Zuständen Cystin und Fette gefunden.

Bei der Verwendung seiner Methode fand Verf. gelegentlich eine gleichmäßig rote Färbung des Äthers und nach der Verdunstung einen mehr oder weniger starken Niederschlag von Hämatin. Darin sei die Unfähigkeit der Leberzellen zu erblicken, aus freiem Hämoglobin Gallenfarbstoff zu bilden. Dieser Niederschlag tritt bei Cholämie und Ikterus auf, ferner bei Blutbeimengung im Urin aus irgendeiner Ur-

sache. Der Urin muß daher blutfrei gemacht werden. Die Rotfärbung findet man ferner bei einer größeren Anzahl fieberhafter Erkrankungen, bei sekundären und essentiellen Anämien, bei Hyperthyreose, immer in Proportion zur Zerstörung von Erythrocyten. Mit ganz besonderer Intensität tritt die Farbenreaktion bei Carcinom- und Sarkomkranken auf, bei denen sie nie zu vermissen war. Durch Vorbehandlung des Urins mit Salzsäure, Erhitzen und Zusatz von Äther wird ein tiefrotes Urochrom frei; bei Trägern maligner Geschwülste wird also nicht Hämatin, sondern wahrscheinlich eine Verbindung mit einer Indoxylbase nachgewiesen, die Verf. Häma-Uro-Chrom nennt.

An zahlreichen Beispielen sucht Verf. die Spezifität seiner Methode zu beweisen; er hält sie für mindestens ebenso sicher, wie alle modernen cytologischen, serologischen und biochemischen Tumorreaktionen, die im einzelnen angeführt werden; an Einfachheit der Ausführung wird sie zweifellos von keinem anderen Verfahren erreicht. *Kreuter* (Erlangen).CH

Baldoni, Angelo: Sul preteso valore diagnostico della reazione specifica dell' urina nei carcinomatosi. (Über den diagnostischen Wert einer spezifischen Urin-Reaktion bei Carcinomatösen.) (Soc. med. chirurg., Bologna, 2. V. 1913.) Bull. delle scienze med. Jg. **84**, Nr. 6, S. 404—406. 1913.

Im Urin von an Krebs leidenden Menschen soll sich nach Salomon und Saxer Bariumsulfat chemisch nachweisen lassen. Verf. hat an 7 Tieren (3 Hunden, 4 Pferden), von welchen 6 mit Carcinom und 1 mit einem Fibrom behaftet waren, die Reaktion nachgeprüft und sie nur einmal bei einem an Epitheliom kranken Pferde positiv gefunden. Er spricht der Reaktion mit Bezug auf die Diagnose des Krebses jeden Wert ab. *Herhold* (Hannover).CH

Winiwarter, A. v., À propos du mémoire de Fibiger sur la production expérimentale d'un vrai cancer. (Zur Arbeit Fibigers über die experimentelle Erzeugung eines wahren Krebses.) Scalpel et Liège méd. Jg. **65**, Nr. 49, S. 827—833. 1913.

Verf. kommentiert hier die bekannten Versuche Fibigers sowie die hier schon referierte Arbeit von Firket. In bezug auf die Ätiologie der malignen Tumoren kommt Verf. zu dem Schluß, daß wir bis jetzt keinen lokalen Reiz kennen, welcher regelmäßig und notwendigerweise am Orte der Reizung einen malignen Tumor oder speziell Carcinom hervorrufen würde. Aus diesem Gesichtspunkte beurteilt er auch die Versuche Fibigers, von denen er meint, daß sie uns über die Ätiologie der bösartigen Geschwülste gar keine Aufklärung geben und durch die Entdeckung der Nematoden in den Geschwülsten der Ratte ist nur ein neuer Name an die Liste der angeblichen Ursachen der Geschwülste geschrieben worden, hinter denen allen aber ein großes X mit einem ? steht. Die Nematoden haben hier keine andere Rolle, als das Terrain für die Geschwulst zu präparieren. Der Krebs — meint Verf. — entsteht durch die sukzessive Umwandlung von physiologisch normalen Zellen in canceröse Zellen. Nach ihm ist die Frage der Entstehung der Tumoren noch in keiner Weise geklärt und kann nur durch einen Histologen geklärt werden. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).CH

Strauch: Durch Mäuzecarcinome erzeugte Kaninchentumoren. (Ärztl. Ver., Hamburg. Sitz. vom 10. VI. 1913.) Münchn. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 33, S. 1853. 1913.

Es gelang Verf., Mäusecarcinomzellen (Stamm Ehrlich) auf Kaninchen zu verimpfen. Die Impfausbeute betrug 50%. Die Technik der Implantation war folgende: es wurden durchschnittlich 0,25 ccm unter sterilen Kautelen entnommenen, unverdünnten, noch lebenswarmen Mäusecarcinomzellenbreis den einzelnen Kaninchen subcutan injiziert. Nach 8 Tagen war an der Injektionsstelle eine Anschwellung zu palpieren, welche in der Folgezeit bis zu Erbsen- bis Pflaumengröße wuchs. Die gespritzten Kaninchen wiesen Kachexie und Körpergewichtsabnahme auf. Die Übertragung der erzeugten Kaninchentumoren auf weitere Kaninchen gelang in 75%. Der Tumor wurde nach jeder weiteren Überimpfung maligner. Eine Übertragung der Kaninchentumoren wiederum auf weiße Mäuse gelang niemals. Mikroskopisch handelte es sich um sarkomähnliche Tumoren. Metastasen wurden viermal beobachtet. Es gelang die Kaninchentumoren auf wilde Kaninchen zu übertragen. *Runge* (Berlin).

Krokiewicz, Anton: Zur Kasuistik multipler, primärer, maligner Geschwülste (Multiplicitas diversi generis). (*St. Lazarus-Landesspit., Krakau.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 29, S. 1204—1207. 1913.

Während das gleichzeitige Auftreten mehrerer maligner Tumoren (Multiplicitas

ejusdem generis) mit verschiedenem Typus (Plattenepithel — Drüsen — solides Carcinom) relativ oft beschrieben wurde — nach de Vries bis 1912 88 Fälle — ist das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener maligner Tumoren (Sarkom, Carcinom) sehr selten. Bisher etwa 16 Fälle beschrieben. Verf. bringt ausführlich einen derartigen Fall:

Mann 47 Jahre, leidet bei relativ gutem Allgemeinzustand an Herzschmerzen, Gürtelschmerzen. Untersuchung ergibt eine haselnußgroße Supraclaviculardrüse links, Infiltration der linken Lungenspitze, Dämpfung im oberen Anteil des Sternums, als deren Ursache das Röntgenbild einer an der Aorta festsitzenden nicht pulsierenden Tumor zeigt. Im weiteren Verlauf Heiserkeit, Bluthusten, Ohnmachtsanfälle, Dysphagie, Anfälle von Angina pektoris. Die Diagnose wurde auf Mediastinaltumor mit Kompression des linken Nervus recurrens und Übergriff auf die Lunge gestellt. Die Obduktion ergab: 1. Lymphosarkom des Mediastinums mit Metastasen in der linken Lungenspitze und Kompression des Ösophagus und N. recurrens, 2. ein Carcinoma planocellulare im unteren Teile des Ösophagus mit Metastasen im Pankreas und den anliegenden Lymphdrüsen. Anführung der einschlägigen Literatur.

Cohnheimsche Hypothese, Irritationstheorie von Thiersch, präkanzeröse Atrophie von A. Theilhaber. *von Graff* (Wien).

Unterricht und Lehrmittel:

● **Johnstone, R. W.: A text-book of midwifery, for students and practitioners.** (Lehrbuch der Geburtshilfe für Studenten und Ärzte.) London: Black 1913. XXVI, 485 S., Sh. 10/6.

Ein kurz gefaßtes, aber trotzdem vollständiges Lehrbuch der Geburtshilfe. Es beginnt mit der Beckenlehre, dann folgt eine ausführliche Besprechung der Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien. Pubertätsverhältnisse und Klimakterium sind berücksichtigt. Die Beziehungen zwischen Ovulation und Menstruation werden eingehend erörtert. Verf. vertritt den Standpunkt, daß die Ovulation unmittelbar auf die Periode folgt. Der zweite Abschnitt behandelt die Entwicklung des Eies, die Eieinbettung und Entstehung der Placenta, die Veränderungen, die die Schwangerschaft im mütterlichen Organismus hervorruft mit den Schwangerschaftszeichen, die Zeitrechnung der Gravidität, das Verhalten der Frucht zu den verschiedenen Zeitpunkten der Schwangerschaft bis zur Geburt, endlich die äußere und innere Untersuchung. Dann folgt die Einteilung der Lagen im wesentlichen in derselben Art wie bei unseren Lehrbüchern im Anschluß daran die Besprechung der Physiologie des Wochenbettes. Die nächsten Abschnitte sind der Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes gewidmet. Bemerkenswert ist die Empfehlung von Magenspülung mit schwacher Natriumbicarbonatlösung bei Eklampsie. Der letzte Abschnitt enthält die geburtshilfliche Operationslehre. Im allgemeinen werden dieselben Grundsätze vertreten wie in unseren geburtshilflichen Lehrbüchern. *Zweifel* (Jena).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Baisch, Karl: Bericht über die 15. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie, Halle a. S., 14.—17. Mai 1913. Thema des Kongresses: Die Beziehungen der Erkrankungen des Herzens und der Nieren sowie der Störungen der inneren Sekretion zur Schwangerschaft. Frauenarzt Jg. 28, H. 7, S. 293 bis 316 u. H. 8, S. 348—357. 1913.

Verhandlungen der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens. 6. Tagung in Halle a. S. am 13. Mai 1913. Ann. f. d. ges. Hebammenwes. Bd. 4, H. 3, S. 237 bis 301. 1913.

Klein, J.: Zum 80. Geburtstag W. A. Freunds. Gynaekol. Rundschau Jg. 7, H. 16, S. 581. 1913.

Klein, J.: Zum 80. Geburtstag W. A. Freunds. Straßburg. med. Zeit. Jg. 10, H. 8, S. 189. 1913.

Angelegenheit Niebergall. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 18, H. 3, S. 425 bis 446. 1913.

Kurze Verteidigungsschrift Niebergalls mit anschließenden Auszügen aus den Gutachten von Fehling und von Herff nebst dem Beschluß der Überweisungsbehörde des Kan-

tons Stadt Basel, wonach der von von Herff wegen vorsätzlicher Abtreibung angezeigte Dr. N. wegen grober Fahrlässigkeit zur Tragung der Gerichtskosten verurteilt wurde, während ein genügender Beweis für vorsätzliche Abtreibung nicht als erbracht angesehen wurde. *Vaßmer.*

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Blum, Richard: Tryenpuderbehandlung in der Gynaekologie. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 30, S. 1466—1467. 1913.

Für die Behandlung der Vaginalkatarrhe werden tägliche Einblasungen eines 10 proz. Tryenpuders mit eigenem Pulverbläser empfohlen. Austrocknende, bactericide, völlig reizlose Wirkung. Erprobt bei Erosionen der Portio und Vagina, Prolapsgeschwüren, akuten Gonorrhöen, inoperablem Carcinom. *Graeupner* (Bromberg).

Uterus:

Carter, J. Hugh: The treatment of endometritis and salpingitis. (Die Behandlung der Endometritis und Salpingitis.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 3, S. 99—102. 1913.

Kurze Besprechung der Pathologie und Therapie der Endometritis und Salpingitis ohne irgendwelche neuen Gesichtspunkte. *Frankl* (Wien).

Rothwell, P. D.: A case of menorrhagia. (Ein Fall von Menorrhagie.) Denver med. times. Utah med. journal. Nevada med. Bd. **33**, Nr. 1, S. 4. 1913.

Mitteilung eines Falles von unregelmäßigen und profusen Blutungen bei einer 28 jährigen Frau. Anamnese: Vater Bluter. Lokale Behandlung ohne Erfolg, geheilt durch 2 monatliche Darreichung von Calc. lactic. *Schäfer* (Berlin).

Schottlaender, J.: Über histologische Geschwulstdiagnostik im Bereiche der Gebärmutter. (*II. Frauenklin., Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 1, S. 225—231. 1913.

Lubarsch hält die Diagnose „Carcinom“ bei epithelialen Neubildungen nur für gerechtfertigt, wenn destruierendes Wachstum sicher nachgewiesen ist, während er bei Sarkom aus dem Zellcharakter die Malignität feststellt. Autor betont den darin enthaltenen Widerspruch und führt aus, daß in den meisten Fällen auch für die epithelialen Neubildungen die Diagnose der Malignität aus der Eigenart der Zellen allein, ohne Nachweis und ohne Rücksicht auf destruierendes Wachstum gestellt werden kann (Autor hat schon wiederholt auf das Vorkommen rein exophytischer Carcinome hingewiesen). Autor verkennt keineswegs die in den Ausführungen von Lubarsch enthaltene Warnung vor kritiklosen Schlußfolgerungen aus mangelhaften histologischen Befunden, hebt aber hervor, daß die Anforderungen, die Lubarsch an die histologische Untersuchung stellt, zu weit gehen und überflüssigerweise den Wert der diagnostischen Curettage und Probeexcisionen beträchtlich einschränken würden. Autor wollte durch seine Mitteilung zur Aufklärung und Verringerung des zwischen Gynaekologen und Pathologen bestehenden Gegensatzes beitragen. *von Graff* (Wien).

Boldt, Herman J.: How we may reduce the mortality from cancer of the uterus. (Wie können wir die Sterblichkeit an Uteruskrebs bekämpfen?) (Med. soc. of the county of New York, meet. 24. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 131—134. 1913.

Boldt hat durch Umfragen festgestellt, daß das von Winter in Deutschland inaugurierte Vorgehen, die Belehrung des Laienpublikums durch Flugblätter und Zeitungsartikel über den Krebs, wie es auch von der Chirurgenvereinigung in Nordamerika empfohlen worden ist, nicht die erhofften Erfolge erzielt hat. Die „Krebsfurcht“ der neurasthenischen Frauen wurde vermehrt, die wirklich Krebskranken kamen doch nicht früher zur Operation. B. hält daher die eindringliche und nachdrückliche Belehrung der Ärzte, besonders der Hausärzte, für zweckmäßiger. *Semon* (Königsberg).

Stratz, C. H.: Heilung von Carcinom durch Probeauskratzung. Zentralbl. f Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 31, S. 1141—1142. 1913.

Das Probecurettement ergibt Carcinoma corporis uteri. Der post op. aufgeschnittene Uterus läßt weder makroskopisch noch mikroskopisch irgendwo Carcinomgewebe erkennen. *Markus.*

Goinard, E., Récidive lente d'un cancer utérin. (Langsames Auftreten eines Rezidivs eines Gebärmutterkrebses.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. 8, S. 105—106. 1913.

Unvollständige Entfernung eines Ca. colli durch Hysterektomie bei einer 61 jährigen Frau. Langsam auftretendes Rezidiv im Scheidengewölbe erst 3 Jahre später. *Daels* (Gent).

Charrier, A., et A. Parcelier: A propos d'un cas de recidive tardive d'un cancer du col de l'uterus. (Eine Spätrezidive eines Ca. colli.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 21 (H. 7), S. 193—201. 1913.

1903, bei einer 35 jähr. Frau Hysterect. vag. wegen Ca. colli. Erst in 1912 Rezidiv, woran die Patientin erlag. Literaturübersicht aller Fälle von Ca. uteri nach einfacher Abrasio oder spontan geheilt. *Daels* (Gent).

Zacherl, Hans: Beitrag zur Kasuistik der Wandsarkome des Uterus. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 31, S. 1271 bis 1274. 1913.

Das Uterussarkom kommt nicht so selten vor als man früher annahm. Schwierigkeit bereitet die Frage nach der Histogenese desselben, es kann von der Uterusschleimhaut und der Uteruswand ausgehen. Für letztere Art bringt Zacherl einen eignen Fall. Mikroskopisch bestehen diese Wandsarkome aus muskelähnlichen Zellen, Spindelzellen, großen und kleinen Rundzellen, polymorph geformten Elementen und Riesenzellen. Früher nahm man immer eine Entwicklung aus dem interstitiellen Gewebe des Uterus oder des Myoms an, neuerdings sind jedoch auch Fälle bekannt geworden, wo das Sarkom zweifellos aus den glatten Muskelfasern hervorging. In Zacherls Fall ging der Tumor jedenfalls von dem interstitiellen Gewebe eines Myoms aus, nirgends fanden sich Übergänge von Muskelfasern in Sarkomzellen, außerdem zeigten stellenweise die Sarkomzellen Phagocytose, eine Eigenschaft, die außer den Leukocyten auch Elementen der Bindegewebsgruppe zukommt. *Bretz* (Bonn).

Forssner, H.: Über die operative Behandlung von Genitalprolaps mit besonderer Rücksicht auf die Resultate. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Forssners Material stammt teils aus dem Serafimerlazarett 1900—1912, teils aus seiner Privatpraxis her. Es bezieht sich im ganzen auf 144 Fälle mit 2 Todesfällen. Im ganzen sind 122 wieder gefunden, und von diesen 80 persönlich untersucht worden. Das Gesamtresultat des ganzen Materials ergibt, daß von den 122 101 Fälle (83%) symptomfrei sind, 9 Fälle (7%) unbedeutende Beschwerden haben, 12 Fälle (10%) bedeutende Beschwerden haben. Von den 80 Untersuchten ergaben 45 Fälle (56%) ein ganz gutes Resultat, 24 Fälle (30%) haben einen kleinen vaginalen Rückfall, 4 Fälle (5%) haben einen großen vaginalen Rückfall, 7 Fälle (9%) haben Rückfall, wobei der Uterus in Mitleidenschaft gezogen ist. Das größte Interesse bieten diejenigen Fälle, welche ausschließlich mit der Vaginalplastik operiert worden sind, und hierzu gehören die meisten Fälle. Es sind 100 Fälle, von denen 68 mit Kolporraphia anter. und Kolpoperineoraphia und Cervixamputation operiert sind, 32 außerdem mit Westermarks lateraler Kolporaphie. Es ist hier möglich gewesen, 57 Patienten nachzuuntersuchen; von denselben zeigten 34 Fälle (60%) ein ganz gutes Resultat, 16 Fälle (28%) hatten Cystocele oder Rectocele, 2 Fälle (3,5%) hatten einen größeren Vaginalprolaps, 4 Fälle (7%) hatten einen größeren oder kleineren Prolaps sowohl des Uterus als auch der Vagina, 1 Fall (1,5%) hatte nur Uterusprolaps (Cervixhypertrophie).

F. stellt die Frage, ob diese relativ schlechten Resultate nicht dazu veranlassen, immer eine Ventrofixation zu machen. Er bestreitet jedoch, daß eine solche Operation in den hierher gehörenden Fällen richtig wäre, abgesehen von denjenigen Fällen, in welchen der Uterus auch beim Rezidiv mit in Mitleidenschaft gezogen ist; er meint aber, daß die Gefahren und Beschwerden, welche eine prinzipielle Ventrofixation mit sich führt, größer sind als die Vorteile, die dadurch gewonnen werden. Nur bei dem Prolaps bei Nullipara und bei den Rückfällen wendet er die Ventrofixation als einen Teil der Operation an. Das Hauptgewicht muß auf die Cystocelenoperation gelegt werden. Er hebt die Vesica in gewöhnlicher Weise, reponiert sie und näht sie danach an den Cervix, um hier eine feste Verbindung zu erzielen, so daß der Cervix die Blase tragen kann. Schließlich faßt die Kolporaphiesutur auch den Cervix, derart, daß das Lager, welches die Cystocele gehabt hat, vollständig zusammengezogen wird. Die

Kolpoperineoraphie muß so hoch als möglich gemacht werden. Eine Freilegung der Levatoren ist nicht notwendig, man muß jedoch versuchen, dieselben einander zu nähern, indem man sie mit ihrer Fascie und dem sie umgebenden Bindegewebe faßt. Die Cervixamputation spielt eine große Rolle, indem hierdurch eine feste Narbe um den Cervix gebildet wird, wodurch der Uterus in seiner Lage befestigt wird. Von den 40 Fällen, welche mit Kolporaphia anter. und Kolpoperineoraphia sowie Cervixamputation operiert wurden, sind 30 befriedigend gewesen, was den Uterus betrifft. Der Standpunkt Hegars, daß die Cervixamputation ein Glied der Prolapsoperation sein soll, muß aufrecht erhalten werden, sobald von einem Descensus des Uterus die Rede ist, selbst wo es sich nicht um eine Hypertrophie des Collum handelt. Was die laterale Kolporaphie Westermarks betrifft, so hat er sie aufgehoben, nicht weil sie schlechte Resultate ergab, sondern weil dasjenige, worum es sich handelte, nämlich eine Narbenbildung um den Cervix zu erzielen, in weit einfacherer Weise durch eine Cervixamputation erreicht werden kann. Außerdem bilden die lateralen Kolporaphien ein Hindernis gegen eine genügend hohe Kolpoperineoraphie. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Boije: Über die operative Behandlung von Genitalprolaps mit besonderer Rücksicht auf die Resultate. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Boije meint, daß bei einem totalen oder fast totalen Prolaps, besonders in den Fällen, wo ein hoher Grad von Atrophie des Beckenbodengewebes vorhanden ist, eine Vaginalplastik keine genügende Garantie für ein gutes Resultat gewährt, daß man sie vielmehr mit einer festen Ventrofixierung des Uterus (präperitoneale Fixierung) ergänzen müsse. Diese Methode darf jedoch nicht bei jüngeren Frauen benutzt werden, bei denen Konzeption in Betracht kommen kann. Bezüglich der Vaginalplastik ist die hohe Cervixamputation von Bedeutung; hierbei werden im pericervicalen Gewebe Narbengewebe gebildet, und dies trägt dazu bei, den Uterus zu fixieren; Beschwerden bei Geburten haben sich hierdurch nicht gezeigt. Die Blase muß hoch hinaufgeschoben werden; breite und tiefe Narben können sich in den Parametrien während der Restaurierung der Seitenpartien der Vagina bilden.

Von 75 objektiv nachuntersuchten Fällen (Engströms Klinik) hatte der Uterus sich nur in einem Falle gelockert und prolabierte, nachdem die Patientin 3 mal nach der Operation geboren hatte; Cystocele oder Rectocele waren in 6 Fällen = 8% gefunden. Unbedeutende Ventralhernie in 7 Fällen. Subjektiv betrachtet befanden sich sämtliche Operierten wohl. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Meyer, Leopold: Über die operative Behandlung von Genitalprolaps mit besonderer Rücksicht auf die Resultate. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Meyer spricht sich scharf gegen die Halban-Tandlerschen Auffassung des Prolapsus als einer Hernie aus. Die Prolapsoperation ist keine Herniotomie im Gegensatz zu Kaarsberg. Er legt den Retrodeviationen große Bedeutung bei, da sie oft die Ursache subjektiver Gefühle von Schwere und Drücken seien, welche die Pat. selbst als Herabsinkungsgefühle auffassen. In dieser Verbindung macht M. darauf aufmerksam, daß eine gründliche Kolporaphia anterior und hohe Amputatio colli die Gefahren einer Retrodeviation vermehrt. Hauptsächlich mit Rücksicht hierauf muß man den antefixierenden Operationen bei Prolaps eine große Bedeutung beilegen. Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine wirkliche Ventrofixierung sehr gefährlich bei Frauen ist bei eingetretener Schwangerschaft. Es ist nicht allein unnötig, sondern sogar schädlich, bei der hinteren Kolporaphie die Levatoren zu isolieren. *Gammeltoft.*

Björkenheim: Über die operative Behandlung von Genitalprolaps mit besonderer Rücksicht auf die Resultate. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

In der gynaekologischen Universitätsklinik Helsingfors sind von 1898 bis 1912 260 Patienten wegen Genitalprolaps operiert worden.

In 110 Fällen ist außer der Vaginalplastik auch eine Ventrofixierung nach der Methode Tschernings vorgenommen worden. In 14 dieser Fälle erfolgte Schwangerschaft und Geburt

ohne Komplikationen. In 49 Fällen ist nur die Vaginalplastik und in 88 Fällen ist eine Exstirpation des Uterus per vaginam gleichzeitig mit der Perineoplastik und einer ev. Resektion der Vagina vorgenommen worden. In 10 Fällen ist die Schauta-Wertheimsche Methode angewandt worden. Im ganzen ist es gelungen von 155 Patienten Auskunft zu erhalten. Von diesen hatten 31 = 20% Rückfall. Von denjenigen, bei denen sowohl eine Ventrofixierung als eine Plastik vorgenommen wurde, hatten 20,9% Rückfall, von den Fällen aber, bei welchen nur eine Vaginalplastik gemacht wurde, hatten 52,2% Rückfall, und da, wo eine Totalexstirpation gemacht worden war, kam es nur in 7,3% zu Rückfällen. Bei der Schauta-Wertheimschen Methode trat in 11% Rezidiv auf.

Diese Resultate veranlassen, bei nicht geschlechtsreifen Frauen die Schauta-Wertheimsche Operation mit Cervixamputation und Perineoplastik kombiniert zu machen. Bei Frauen im geschlechtsreifen Alter, wo nur der Vaginalprolaps vorhanden ist, muß man sich mit einer Vaginalplastik begnügen; wenn aber der Uterus auch prolabiert ist, muß eine Ventrofixation hinzugefügt werden. Bei sehr ausgeprägten Fällen von Prolaps und bei Rückfällen, wo die Schauta-Wertheimsche Operation sich nicht anwenden läßt, kann eine Totalhysterektomie mit Perineoplastik und Resektion der Vagina anwendbar sein. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Royster, Hubert A.: Clinical notes on uterine hemorrhage. (Klinische Bemerkungen über uterine Blutungen.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 6, S. 401—405. 1913.

Uterine Blutungen sollten nie behandelt werden ohne vorherigen Versuch, ihre Ursachen zu ergründen. Zunächst ist es notwendig festzustellen, ob die Blutung überhaupt aus dem Uterus stammt! Carunculae urethrales, Geschwüre und Geschwülste der Vulva und Vagina, Rectalaffektionen können Uterinblutungen vortäuschen. Blutung darf manuelle Exploration nicht hindern. — Uterusblutungen können auf allgemeine oder lokale Ursachen zurückzuführen sein. Als allgemeine kommen in Betracht: a) Blutdyskrasien, b) Herz-, Leber- und Nierenkrankheiten, c) Alkoholmißbrauch. Die wichtigsten lokalen Ursachen sind: 1. Endometritis; Retroversio und Laceratio cervicis; 2. Myome, bei denen mehr der Sitz als die Größe für das Maß der Blutung von Belang ist. Man warte nicht auf die Menopause, die angeblich eine Verkleinerung der Myome bringt, da hierbei Entkräftung der Kranken, selbst maligne Degeneration zu befürchten ist; 3. Carcinom; 4. Salpingitis; 5. Abortus, Fehlgeburt und deren Späterscheinungen; 6. Tubargravidität; 7. Arteriosklerose des Uterus. Exitus tritt wohl selten durch Verblutung auf, wohl aber erlebt man schwere Erschöpfung. Tamponade stillt zwar stets die Blutung, ist aber nicht kritiklos anzuwenden. Oft sind heiße Innenduschen viel besser. Mit Ergotin wird viel Mißbrauch getrieben, es soll nur dann verwendet werden, wenn wir Uteruskontraktionen erzielen wollen. Es kann in anderen Fällen direkt schädlich wirken. Hydrastis hat das breiteste Anwendungsgebiet. Bei Blutung mit nervöser Erschöpfung kann Cannabis indica mit gutem Erfolge verabreicht werden. Jede Therapie ist unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse einzuleiten. *Frankl* (Wien).

Banga: Gebrauch des Quellstiftes zur Erweiterung des Gebärmutterhalses zwecks der digitalen Untersuchung der Uterushöhle. (Dtsch. Ges. in Chikago. Sitz. vom 3. IV. 1913.) Münchn. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 33, S. 1860. 1913.

Die Austastung der Gebärmutterhöhle ist in mancher Richtung der Cürette und der Sonde überlegen und gibt mitunter Aufschlüsse, welche das Mikroskop nicht geben kann. Verf. bedient sich Laminariastifte, durch welche der Länge nach der Faden gezogen ist, um beim Herausziehen keine Schwierigkeiten zu haben. Die Entscheidung, ob Polyp, Carcinom oder submucöses Myom als Ursache von Blutungen vorliegt, kann nicht mit der Curette, sondern oft erst durch Austastung der Gebärmutterhöhle gemacht werden. Verf. führt dann Fälle zur Demonstration seiner Anschauung an.

1. Uteruscorpuspolyp, durch Curette usw. nicht erkannt. 2. Dysmenorrhöe. Kleines submucöses Myom. Weiter Fälle, wo der Finger kleines Carcinom im Corpus entdeckte, nachdem Curettage versagt hatte.

Verf. tadelt den häufigen Gebrauch der Curette, besonders bei puerperalem infi-

ziertem Uterus. Im Fall einer Blutung soll man niemals zu einer Curettage ohne Fingeraustastung schreiten, wenn schon vorher curettiert war, denn es kann Carcinom oder Myom vorliegen. Infektion beim Gebrauch des Laminariastiftes sah Banga niemals.

Runge (Berlin).

Bonney, Victor: Technique de l'amputation du col. (Zur Technik der Cervixamputation.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 5, S. 296—298. 1913.

Vgl. dieses Zentralbl. Bd. **1**, S. 286.

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Maire et Clergier: Rupture spontanée pendant les suites de couches d'un kyste de l'ovaire, prise pour une péritonite tuberculeuse. (Spontane Ruptur einer Ovarialcyste infolge einer Geburt, während die Diagnose tuberkulöse Peritonitis lautete.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21** (H. 6), S. 173 bis 176. 1913.

Verff. entfernten mit Erfolg per laparotomiam eine rechtsseitige Ovarialcyste bei einer Frau, die 9 Tage vorher 10 Tage vor dem erwarteten Termin geboren hatte. Damals wurde die Cyste zuerst für eine Zwillingsschwangerschaft gehalten, bei der Geburt rupturiert, entleerte sie ihren Inhalt langsam in die Bauchhöhle, man erhielt den Eindruck eines sich rasch vermehrenden Ascites und stellte die Diagnose tuberkulöse Peritonitis. *Bretz* (Bonn).

MacCarty, William Carpenter, and Walter E. Sistrunk: Benign and malignant ovarian cysts. (Gutartige und bösartige Ovarialcysten.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 41—50. 1913.

Die Verff. erörtern an der Hand von 1000 untersuchten Objekten zusammenfassend die in der Überschrift genannte Frage und geben zahlreiche Abbildungen bei. Sie teilen die Ovarialcysten ein 1. in „simple" Cysten, deren Auskleidung aus 2—6 Lagen von kleinen ovalen oder rundlichen Zellen besteht und die wohl aus Graafschen Follikeln hervorgehen; 2. in die mit kubischem oder zylindrischem Epithel ausgekleideten „Cystadenomata", deren Inhalt einen höheren Eiweißgehalt besitzt, pseudomucinös oder gelatinös ist: diese können ebenso wie die „einfachen" Cysten uni- oder multilokulär sein; 3. in die (eigentlichen) hämorrhagischen Cysten die von Corpora lutea abzuleiten sind. Die Verff. weisen ferner auf eine gewisse Übereinstimmung im Bau der „Cystadenomata" des Ovariums und der Brustdrüse hin: bei gewöhnlichen hyperplastischen Wucherungen sind am Epithel 2 Lagen zu erkennen, die bei „Cystadenomata" und Carcinomen fehlen. Zuletzt wird in der Arbeit die mikroskopische Untersuchung der Ovarialcysten während der Operation empfohlen. *Herzog* (Leipzig).

Ehrlich: Cysten und Tumoren der Ovarien. Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, H. 15, S. 560—574 u. H. 16, S. 593—609. 1913.

Sammelreferat 1911/12.

Kraus, Amedeo: Richerche sperimentali sul processo di riparazione conseguente alla resezione ovarica. (Experimentelle Versuche über den Heilungsprozeß nach Eierstockresektion.) (*Istit. di studi sup., Firenze.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 6, S. 1313—1330. 1913.

Die Frage, ob bei Erkrankungen des Eierstockes dieser vollständig exstirpiert oder nur teilweise entfernt werden soll, ist noch nicht entschieden. Verf. zählt verschiedene Fälle von nur partieller Resektion mit günstigem Resultat auf. Er beschreibt eingehend seine Tierversuche an Hunden und Kaninchen und die von ihm angewandte Operationsmethode. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgenden Schlüssen: Atrophie des Ovarrestes kommt nicht vor, wenn keine wichtigen Blutgefäße verletzt werden, ebensowenig sklerotische Degeneration. Die Ovarialresektion begünstigt die follikuläre Atresie und es bilden sich junge Zellenzentren mit normaler Entwicklung. Vollständige Regeneration ist nicht möglich, wenn auch Neubildung einiger Elemente in der Resektionsnarbe vorhanden sind. Verf. spricht sich für die Konservierung des Eierstocks aus, wenn die Natur des Krankheitsprozesses, seine Ausdehnung und die Ernährungsbedingungen des Restes sie gestatten. *Burk* (Stuttgart).

Whitehouse, Beckwith: Torsion of the spleen simulating ovarian tumour. Splenectomy: recovery. (Torsion der Milz einen Ovarialtumor vortäuschend. Splenektomie. Heilung.) Birmingham med. rev. Bd. **74**, Nr. 419, S. 18—22. 1913.

Die Untersuchung der an heftigen Schmerzen im Hypogastrium und an Harnbeschwerden

leidenden Patientin ergab eine Anschwellung, welche vom Becken her in das Hypogastrium und die rechte Fossa iliaca hineinragte. Die Diagnose lautete: Stielgedrehter Ovarialtumor. Die Laparotomie ergab einen fest im Becken eingekeilten und zur Hälfte in dieses hineinragenden Tumor. Er erwies sich nach seiner Hervorwälzung als die Milz, mit einem langen, breiten, $3^1/_2$ mal gedrehten Stiel. Da sich auf der Oberfläche Bezirke beginnender Nekrose zeigten, wurde das Organ entfernt, was infolge der vorhandenen Gefäßthrombose leicht gelang. Die Genesung erfolgte ohne Störung. Die exstirpierte Milz wog 2 Pfund. Größe $8^1/_2 : 5^1/_4 : 3^1/_4$ Zoll. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur die Zeichen der Hyperämie. Blutbefund anfangs 65% Hämoglobin, 13760 Leukocyten, nach 14 Tagen 70% Hglb 12 500 Leukocyten. *Burk* (Stuttgart).

Hertzler, Arthur E.: Pericolic membrane of the broad ligament. (Perikolische Membran des Ligament. latum.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 1, S. 60—62. 1913.

Verf. ist der Ansicht und belegt diese an einzelnen Beispielen, die er zu operieren Gelegenheit hatte, daß bei Individuen mit allgemeinen Erschlaffungszuständen des Bindegewebes sich leichter Dilatationen und Varicositäten der Gefäße entwickeln. Diese können wirkliche Membranen erzeugen im Gegensatz zu Verwachsungen nach Entzündungen (Pseudomembranen). Er beschreibt die pathologisch-anatomischen Vorgänge sehr ausführlich. *Weißwange* (Dresden).

Bauchorgane:

Ross, David: Hernia in infancy and childhood. (Hernie im Kindesalter und den ersten Lebensjahren.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6,** Nr. 6, S. 270—274. 1913.

Ross kommt auf Grund großer persönlicher Erfahrung zu folgenden Schlüssen: 1. Eine Operation in den ersten vier Lebensjahren ist nicht gefährlicher als später. 2. Die Pflege nach der Operation macht auch in den ersten beiden Lebensjahren keine besonderen Schwierigkeiten. 3. Jede Operation hat Aussicht auf Erfolg. 4. Die einfachste Operation ist die beste. *Vogt* (Dresden).

Nußbaum, Adolf: Ein einfaches Hilfsmittel bei der Reposition ausgetretener Hernien der Säuglinge. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 26, S. 1434—1435. 1913.

Verf. hat die Beobachtung, daß schreiende Kinder bis zu einem Jahr durch Anblasen zu sofortigem Ruhigsein gezwungen werden, benutzt, um bei einem 3 Monate alten Säugling eine seit 9 Stunden ausgetretene irreponible Hernie zurückzubringen. *Kaerger* (Berlin).CH

Sterner, E. G., The choice of operation for inguinal hernia. (Die Wahl der Operation der Leistenhernie.) St. Paul med. journal Bd. **15,** Nr. 6, S. 290 bis 294. 1913.

Verf. ist der Ansicht, daß bei der Wahl der Operation der Leistenhernien es nicht eine für jeden Fall passende Operationsmethode gibt. Er teilt die Fälle ein: in große Hernien bei alten Leuten, zweitens: in Hernien bei Leuten mit schlechter Muskulatur, drittens: direkte Hernien, die dann noch übrigbleiben, viertens: indirekte Hernien bei Leuten mit guter Muskulatur. Letzteres ist in 80% der Fall. Er beschreibt eine Operationsmethode, die nichts Neues bietet. *Weißwange* (Dresden).

Rosenfeld, Heinrich: Operative Dauerresultate von eingeklemmten Schenkelhernien. (*Chirurg. Klin., Erlangen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84,** H. 3, S. 563—586. 1913.

Bericht über 56 Operationen. 15 mal mußte Darm, 1 mal Netz reseziert werden. In 3 Fällen wurde ein Anus praeternaturalis angelegt. 30 mal konnte an die Herniotomie sofort die Radikaloperation angeschlossen werden. Von 27 Fällen, deren derzeitiges Befinden ermittelt werden konnte, zeigten 6 ein Rezidiv. In 5 von den 6 Fällen konnte keine Radikaloperation gemacht werden. 4 mal war durch schwerste Komplikationen der Wundverlauf gestört. — Die operative Mortalität betrug 25%. *Kindl* (Kladno).CH

Manson, Albert: Cure radicale des petites hernies ombilicales réductibles par cerclage permanent de l'anneau sans ouverture du péritoine avec conservation de l'ombilic. (Radikaloperation der kleinen reponiblen Nabelhernien durch permanente zirkuläre Zusammenschnürung des Bruchringes ohne Eröffnung des Peritoneums unter Erhaltung des Nabels.) Clin. infant. Jg. **11,** Nr. 14, S. 429—432. 1913.

Der Nabel wird zirkulär umschnitten; oben bleibt eine Brücke von etwa 1 cm

Breite verschont. Das subcutane Fettgewebe wird nur so weit abpräpariert, bis der Bruchring deutlich freiliegt. In diesen wird unter Vermeidung des Peritoneums in bekannter Weise durch mehrfaches Aus- und Einstechen eine zirkuläre Tabaksbeutelnaht gelegt. Während der Nabelbruch nun durch ein Instrument von der Nabelhaut aus eingestülpt wird, schließt man die Bruchpforte durch Zusammenziehen der Naht. Der Nabel selbst wird bei diesem Vorgehen gar nicht abgelöst, das Bauchfell nicht eröffnet. Das kosmetische Resultat ist sehr gut. In allen Fällen, bei Kindern und Erwachsenen, wurde eine Dauerheilung erzielt. *Ibrahim* (München).[K]

Jaboulay: Hernie épiploïque engouée. (Eingeklemmter Netzbruch.) (*Hôtel-Dieu, Lyon.*) Progrès méd. Jg. **44,** Nr. 26, S. 342—344. 1913.

Klinische Vorstellung eines Kranken mit eingeklemmtem Netzbruch in der rechten Leistenbeuge; ausführliche Besprechung der Diagnose, der Behandlung und der Gefahren nach der Operation. *Kaerger* (Berlin).[CH]

Gluck, Th., Entwicklung und moderne Aufgaben der Chirurgie der Peritonitis. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61,** Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 340—370. 1913.

Genaue Darlegung der historischen Entwicklung der chirurgischen Peritonitisbehandlung, welche zeigt, daß die Gefahren des operativen Eingriffes an sich nicht zu unterschätzen sind. Es ist deshalb notwendig, den Eingriff so klein und so kurz zu gestalten, wie irgend möglich. Andrerseits ist es nötig, eine möglichst vollständige Ableitung der pathologischen Sekrete anzubahnen. Aus diesen Überlegungen kam G. zu dem Vorschlage, die offene antiseptische Wundbehandlung auch auf das Peritoneum auszudehnen.

Er erbrachte den Beweis, daß Tiere mit eröffneter Bauchhöhle und ausgepackten Därmen über 48 Stunden in entsprechenden Apparaten gehalten werden können, ohne irgendwie Schaden zu erleiden. Er konstruierte nun Apparate zu klinischen Zwecken, in denen eine Abkühlung und Austrocknung der Peritonealhöhle ausgeschlossen ist. Der Abfluß ist ein möglichst vollkommener, der intraabdominelle Druck wird sofort herabgesetzt, das Herz infolgedessen sofort entlastet. Die Drainage und Tamponade toter Räume kann nebenher erfolgen. Wenn auch die technische Konstruktion der betreffenden Apparate vervollkommnungsfähig ist, so dürfte doch der Vorschlag Glucks der offenen Nachbehandlung der freien Bauchhöhle nach Entleerung der Exsudatmassen in feuchten, warmen Apparaten ein Novum darstellen.

In gleicher Weise will er die tuberkulösen Peritonitiden in Angriff nehmen. Ganz besonders die schweren Formen mit ausgiebigen Verwachsungen, Abscessen, ulcerösen Herden usw. eignen sich für diese Behandlung, die ohne diese zum sicheren Exitus führen. Gerade in derartigen Fällen läßt sich die Beobachtung machen, wie unter der offenen Behandlung die tuberkulösen Massen sich langsam abstoßen und gesundes Granulationsgewebe an deren Stelle tritt. *Frankenstein* (Köln).

Staley, John C.: Chronic mesenteric thrombosis. (Chronische Mesenterialthrombose.) Saint Paul med. journal Bd. **15,** Nr. 8, S. 381—391. 1913.

Nach Besprechung der verschiedenen Theorien der Thrombose teilt Staley einen Fall von Mesenterialthrombose mit genauer Krankengeschichte mit, der ohne Operation genaß. 16 Tage nach einer Appendixoperation trat eine Thrombose des linken Beines auf. Patient wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen. 26 Tage später wurde er wieder aufgenommen mit den Zeichen einer Mesenterialthrombose: dunkles Blut im Stuhle, teilweiser Darmverschluß, krampfartige Schmerzanfälle im Leibe. 39 Tage darauf geheilt und arbeitsfähig entlassen. *Vogt* (Dresden).

Mason, S. C.: Obstruction of small intestine due to adhesion of stomach to peritoneum in lesser peritoneal cavity; division of adhesion; cure. Case report. (Verschluß des Dünndarms infolge einer Adhäsion zwischen Magen und Peritoneum des unteren Bauchabschnittes; Durchtrennung. Heilung. Kasuistischer Beitrag.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 7, S. 272. 1913.

Die Obstruktion wurde durch ein dünnes Band bewirkt, welches von einem alten Magenulcus an der hinteren Wand zur linken Bauchseite zog. Durchtrennung. Heilung. *Wiemer.*

Deaver, John B.: Chronic appendicitis versus duodenal ulcer and their association. (Die Beziehungen zwischen chronischer Appendicitis und Duodenalgeschwür.) Arch. of diagn. Bd. **6,** Nr. 2, S. 101—111. 1913.

Verf. bespricht die Schwierigkeit der Differentialdiagnose dieser Affektionen in

atypischen Fällen. Beide Erkrankungen kommen öfter bei Männern als bei Frauen und meist im mittleren Alter vor. Das Duodenalulcus soll häufiger in den kalten Monaten, Appendicitis mehr in der warmen Jahreszeit auftreten. Abusus von Alkohol und Tabak disponiert zum Ulcus. Wenn der Appendix retrocöcal mit der Spitze nach oben gerichtet liegt, wird der Schmerz wie beim Duodenalgeschwür im rechten oberen Bauchteil empfunden. Hungerschmerz und Schmerzen einige Stunden nach der Nahrungsaufnahme finden sich nicht immer beim Duodenalulcus. Zuweilen beobachtet man bei chronischer Appendicitis Pylorospasmus mit epigastrischen Schmerzen. Verf. hat z. B. einen Fall gesehen, dessen Hauptbeschwerden Druckgefühl im Epigastrium, Schmerzen 3 Stunden nach der Mahlzeit und Aufstoßen waren. Bei der Operation fand sich Pylorospasmus, aber auch bei Exploration vom eröffneten Magen aus kein Ulcus ventric. oder duod., sondern ein retrocöcaler, chronisch entzündeter Appendix. — Kranke mit chron. Appendic. befinden sich zwischen den Exacerbationen wohl, Patienten mit Ulcus pflegen dagegen dauernd an Dyspepsie zu leiden. Obstipation spricht mehr für Appendicitis; Bauchdeckenspannung betrifft bei Erkrankung des Proc. den unteren Rectus, bei Ulc. duod. den oberen Teil des Muskels. Die chemischen Untersuchungsmethoden (Blutuntersuchung, Probemahlzeit, Stuhluntersuchung) sind unzuverlässig, trotzdem aber nicht zu vernachlässigen. Die Röntgendurchleuchtung gibt nur selten in der Hand sehr geübter Untersucher brauchbare Resultate. In vielen Fällen kann nur das Messer die Diagnose stellen. Dabei ist so vorzugehen, daß zunächst der Wurmfortsatz entfernt wird. Ist er pathologisch verändert, liegt er retrocöcal und nach oben geschlagen, so kann sich der Operateur mit diesem Eingriff begnügen, sonst soll er von einem Schnitt durch den oberen Rectus zur Untersuchung der oberen Bauchorgane schreiten. — Das häufige Auftreten von Duodenalulcus nach Appendic. erklärt Verf. nicht durch chronische Intoxikation vom Wurmfortsatz aus, sondern durch bakterielle Verschleppung auf dem Blut- oder Lymphwege; seine darauf gerichteten bakteriologischen Untersuchungen waren allerdings bisher ergebnislos. Zur Illustration der Schwierigkeit der Diagnose und des gelegentlichen Zusammenhangs zwischen beiden Erkrankungen gibt Verf. noch zwei Krankengeschichten.

1. 35jähriger Mann, vor 4 Jahren wegen chronischer Appendicitis operiert, bekam 1 Jahr post op. Erscheinungen von Indigestion mit Schmerzen rechts oben im Bauch 2—3 Stunden nach dem Essen, Aufstoßen und Erbrechen. Bei der Operation fand sich ein induriertes Duodenalgeschwür, das mit Invagination und hinterer Gastroenterostomie behandelt wurde. 2. Bei einem 36jährigen Manne mit intermittierendem Brechen und heftigen Schmerzen im Epigastrium 4—5 Stunden nach dem Essen (durch Nahrungsaufnahme gemildert) fanden sich Duodenum, Magen usw. gesund, dagegen mußte der chronisch entzündete, durch Verwachsungen fixierte Wurmfortsatz exstirpiert werden. Verf. schließt mit der Mahnung, die chronische Appendicitis frühe zu operieren, um dem Duodenalulcus vorzubeugen. Auch soll man dyspeptische Beschwerden nach Appendektomie nicht einfach mit postoperativen Adhäsionen erklären, sondern ev. das Duodenum operativ freilegen. *Kempf* (Braunschweig).CH

Bernard, G., À propos d'un cas pour ainsi dire schématique d'appendicite, avec double perforation, corps étranger, etc. Ce qu'on peut toujours redire avec profit, pour soi-même et pour les autres. (Über einen Fall von sozusagen typischer Blinddarmentzündung mit doppelter Perforation, Kotstein usw. Jederzeit eine nützliche Wiederholung für sich und andere.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 25, S. 505—506. 1913.

Demonstration eines 2fach perforierten Wurmfortsatzes, nebst Kotstein, der bei der Operation eines 5jähr. Kindes inmitten eines großen Abscesses gefunden worden war. Das Kind war mitten im Spiel erkrankt, ohne vorherige Darmstörungen, und wies auch keine in den 6 Tagen auf, während deren die Erkrankung von einem ganz jungen Kollegen nicht erkannt und indifferent behandelt wurde. Zufällig zugezogen fand Bernard den Absceß und operierte sofort. Er empfiehlt anschließend in diesen Fällen die Mitentfernung des Wurmfortsatzes, aber nur wenn dieselbe unschwer möglich ist und erklärt, warum er den Fall so sehr hervorhebt — da eine Reihe von Blinddarmentzündungen wegen der Unbeständigkeit der Symptome nicht erkannt wurde. Besprechung der einzelnen Symptome, von denen die Schmerzen, als das am sichersten anzeigende, hervorgehoben werden. *Krauß* (Bietigheim a. E.).

Jacobson, Sidney D.: Spinal anesthesia. A case of acute appendicitis operated four days after labor. Recovery. (Lumbalanästhesie. Eine akute Appendicitis vier Tage nach einer Entbindung operiert. Heilung.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 1, S. 43—48. 1913.

Historischer Überblick, von Chinesen und Römern an bis zur Jetztzeit. Verf. hat sich in mehreren Fällen der Lumbalanästhesie bedient und teilt ihre Technik mit, die in nichts von der üblichen abweicht. Er zieht Stovain den andern Mitteln vor. Mitteilung eines Falles.

Bei einer Patientin, die am vierten Wochenbettstage Erscheinungen einer akuten Appendicitis zeigte, machte er unter Stovain-Lumbalanästhesie die Laparotomie, und drainierte einen perityphlitischen Absceß, da durch starke Verwachsungen und Entzündung der Umgebung eine Extirpation des Appendix nicht möglich war. Die Anästhesie war vollkommen.

Nur bei sehr heruntergekommenen Patienten und bei solchen mit niedrigem Blutdruck ist die Lumbalanästhesie kontraindiziert; allerdings kann durch Injektion von Adrenalin, Digitalin und Strychnin vor und während der Operation der niedrige Blutdruck gehoben werden. In Fällen, in denen die Inhalationsnarkose durch Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten kontraindiziert ist, ist man für Operationen im Gebiete unterhalb des Nabels auf die Lumbalanästhesie angewiesen. *Lamers* (Amsterdam).

Kirmisson: Règles générales de traitement de l'appendicite. (Allgemeine Regeln für die Behandlung der Appendicitis.) (*Hôp. des enf.-mal.*) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 4, S. 57—62. 1913.

Verf. empfiehlt die Frühoperation im Anfall nicht für alle Fälle wegen der Gefahr der Ausbreitung einer vorher lokalisierten Infektion. Im übrigen gibt er ins einzelne gehende Vorschriften für die Operation der Appendicitis im Anfall und im Intervall und des appendicitischen Abscesses. *Nothmann* (Berlin-Wilmersdorf).[K]

Rousseau, Fernand, et Cassard: L'appendicite chez la femme. (Blinddarmentzündung beim Weibe.) Rev. franç.de méd. et de chirurg. Jg. **10,** Nr. 15, S. 227—232. 1913.

Die Beziehungen zwischen Appendicitis und weiblichen Geschlechtsorganen sind sehr mannigfache. Unter ihnen nehmen die Infektionen der Tube und der Ovarien den ersten Rang ein. Tumoren und Verlagerungen des Uterus sind weniger wichtig. Die normale und pathologische Schwangerschaft bilden gleichfalls ein wichtiges Kapitel. Die frühere Annahme, daß die Appendicitis beim Manne viel häufiger sei als beim Weibe, trifft nicht zu, wie die histologischen Veränderungen an den bei Laparotomien mitentfernten Appendices beweisen. Für die Koexistenz von Blinddarm- und Genitalerkrankungen gibt es viele Ursachen: Anatomische und durch entzündliche Verwachsungen gebildete lymphatische Kommunikationen zwischen Appendix und Tube, direkte Berührung beider, Kommunikation zwischen subserösem Gewebe des Mesenteriolums und dem retro-peritonealen Gewebe des kleinen Beckens und der Fossa iliaca. — Klinisch kann die Appendicitis beim Weibe dieselben Formen haben wie auch beim Manne. Für die Differenzialdiagnose, ob Appendicitis oder Adnexerkrankung, ist wichtig die Anamnese (Gonorrhöe, Entbindung, Metritis oder Endometritis einerseits, Verdauungsstörungen, Erbrechen, Verstopfung andererseits). Ein akuter Beginn und der Sitz des Hauptschmerzes an typischer Stelle, sowie ein negativer Befund bei bimanueller Untersuchung sprechen für Appendicitis. Häufig ist aber eine sichere Diagnose sehr schwer und unmöglich, besonders wenn beide Erkrankungen zugleich bestehen. Die Prognose ist beim gleichzeitigen Vorhandensein einer Appendicitis und Genitalerkrankung immer schwer, wegen der Gefahr der allgemeinen Peritonitis und den die Operationen erschwerenden Darm- und Netzverwachsungen, Abscessen, sowie wegen der längeren Operationsdauer. Wenn man operiert, soll man möglichst immer die Ursache der peritonealen Infektion (Appendix oder Tube) entfernen, ferner ev. drainieren oder die Kolpotomie ausführen. Bei sonstigen Laparotomien soll man stets die Appendektomie ausführen und nach den Genitalien fühlen. Während einer gleichzeitig bestehenden Gravidität wird man die Diagnose auf Appendicitis im allgemeinen leicht stellen können, da die Symptome sich leicht von den üblichen Schwangerschaftsbeschwerden unterscheiden lassen. Von der Schnelligkeit der Behandlung hängt die Prognose sehr ab, die im Verlauf der Schwangerschaft besonders ungünstig ist. Der Eingriff muß daher schnell und radikal sein. Eine konservative Behandlung ist nur zu empfehlen bei sehr leichten Anfällen, unsicherer Diagnose und Lokalisation auf die rechte Darmbeinschaufel. Dem drohenden Abort muß man mit Opium, Morphium usw. begegnen. Die Diagnose zwischen Appendicitis und geplatzter Extrauteringravidität wird sich gewöhnlich stellen lassen (Bauchfellreizung, von Anfang an erhöhte Temperatur, Verdauungsstörungen, Schmerzen in der rechten Seite

einerseits und plötzlich auftretender starker Schmerz, Blässe, Shockerscheinungen, schneller und kleiner Puls andererseits). Beim Zusammentreffen beider Erkrankungen ist eine sichere Diagnose praktisch unmöglich. Bei jungen, noch nicht geschlechtsreifen Mädchen ist der Verlauf der Appendicitis meist typisch und die Diagnose leicht, ausgenommen sind nur die Fälle von Pneumokokken- und Gonokokkenperitonitis. *Eckert* (Dortmund).

Hammesfahr, C.: Pseudomyxomcyste des Wurmfortsatzes. (Beschreibung von 2 geheilten Fällen.) (*Priv.-Klin. v. Prof. James Isreal, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 31, S. 1501—1502. 1913.

Im einen Falle erstreckte sich der kleinfaustgroße Tumor auch auf das Coecum, das reseziert werden mußte. Im anderen Falle genügte einfache Appendektomie. Beide Male bestand der Inhalt des Wurmfortsatzes aus schleimigen Massen. *Kalb* (Stettin).

Kelly, D.: A case in which round worms caused symptoms leading to a diagnosis of appendicitis. (Ein Fall in welchem Symptome, die durch Spulwürmer bedingt wurden, die Diagnose Appendicitis veranlaßten.) Austral. med. gaz. Bd. **33**, Nr. 25, S. 594—595. 1913.

Rauchenbichler, Rudolf v.: Appendektomie oder Ausschaltung? (*Chirurg. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 27, S. 1068—1070. 1913.

Erneute Warnung vor der von Kofmann für schwere komplizierte Fälle von Appendicitis empfohlenen künstlichen Ausschaltung des Wurmfortsatzes auf Grund eines Falles von Selbstausschaltung während des ersten Anfalls, dem ein zweiter Anfall mit schweren Allgemeinerscheinungen folgte. *zur Verth* (Kiel).CH

Wilson, John M., and W. J. Blount: Appendicitis with lime water as a probable cause. (Appendicitis, wahrscheinlich durch Kalkwasser verursacht.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 2, S. 129—130. 1913.

Bericht dreier Fälle von Appendicitis aus einer Familie, in welcher stark kalkhaltiges Wasser getrunken wurde. Im dritten Falle wurden in dem Appendix 6 Steine gefunden, deren chemische Untersuchung Calciumcarbonat, Calcium- und Magnesiumphosphat ergab. *Hesse* (Greifswald).

Mathieu, Albert: De l'occlusion intestinale d'origine cancéreuse; considérations sur l'examen radioscopique. (Über krebsigen Darmverschluß; Betrachtungen über dessen radiologische Untersuchung.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 63, S. 1029—1031. 1913.

Die spastische Kontraktion des Darmes oberhalb des Krebses bildet in der Frühperiode desselben einen häufigen Befund und kann frühzeitig zu Erscheinungen des Darmverschlusses führen. Mathieu bringt hierfür mehrere Beispiele. — Bezüglich der radiologischen Untersuchungen muß man in Fällen von Darmstenose mit großer Vorsicht vorgehen; er erwähnt zwei Fälle, wo er den Eindruck hatte, daß die akute Okklusion durch große Dosen von Bismut hervorgerufen wurde. Man soll auch mit seinen Folgerungen vorsichtig sein, die Ergebnisse mehrerer Untersuchungen sollen verglichen werden. Die Durchleuchtung soll nicht nur nach Verabreichung des Bismuts per os, sondern auch nach Einführung desselben per anum vorgenommen werden, sonst kann man sich leicht in der Annahme einer anatomischen Stenose irren. Andererseits kann die Bismutmilch auch Stenosen passieren. Bei einer Frau mit Erscheinungen einer chronischen Dickdarmstenose ging der Bismuteinlauf leicht bis zur Flexura hepatica; bei der Laparotomie fand man hier nur unbedeutende Adhäsionen und im Colon descendens ein ringförmiges Carcinom, welches das Bismut passiert hatte. Die Geschwindigkeit, mit welcher das per os verabreichte Bismut den Darmtrakt passiert, ist von einer gewissen Bedeutung, doch darf man die Ergebnisse der radiologischen Untersuchung nur bei einer gewissen Konstanz und zusammen mit andern klinischen Zeichen zur Diagnose verwerten. *Pólya.*CH

Kirchenberger: Ein seltener Fall von Darmverschluß. Abnorme angeborene Lage des Kolons, Torsion des ganzen Ileum und Colon ascendens mit Verschluß der Mesenterialgefäße. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 29, S. 1790 bis 1795. 1913.

Die abnorme Lage des Kolons war eine Retroposition des Kolons mit freiem Mesenterium

ileocoecale. Der Befund konnte erst nach der Operation (Enterostomie) gelegentlich der Obduktion erhoben werden. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).CH

Cargile, Charles H.: Grape seeds in a pelvic abscess. (Traubenkerne in leinem Beckenabsceß.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 5, S. 330—331. 1913.

Ein 11 jähriger Junge, der wiederholt leichte Appendicitisanfälle gehabt hatte, erkrankte Oktober 1911 mit einem neuen Anfall. Trotz mehrfacher Einläufe erfolgte kein Stuhl; außer geringer Bauchdeckenspannung und vorübergehenden Schmerzen im Epigastrium waren krankhafte Veränderungen nicht vorhanden. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Appendicitis gestellt. Am 4. Krankheitstage fühlte man über dem r. Leistenbande eine Anschwel ung ,die aber bald ganz nach links herüberging, das Becken ausfüllte, bis zum Nabel reichte und sowohl im Hypogastrium linkerseits als auch vom Rectum aus Fluktuation zeigte. Da man von einer Incision in der r. Unterbauchgegend aus in die freie Bauchhöhle kam, auch am Appendix, soweit dies eine flüchtige Untersuchung feststellen konnte, keine krankhaften Veränderungen entdeckte, wurde die Wunde geschlossen. Auf der linken Seite eröffnete man dann einen großen mit stinkendem Eiter gefüllten Absceß, der 23 Traubenkerne enthielt. Nachdem noch ein unter der Leber gelegener zweiter Absceß eröffnet worden war, in welchem keine Fruchtkerne enthalten waren, trat Genesung ein. Einen ähnlichen Fall fand der Verf. in der Literatur nicht; am nächsten kommt noch die Beobachtung, bei welcher 122 Schrotkörner durch den Wurmfortsatz in die Bauchhöhle gewandert waren. Auch hier kommt in erster Linie eine Perforation der Appendix in Frage, die wahrscheinlich sehr hoch gelegen war, so daß sie einen unter der Leber gelegenen Absceß verursachte. Eigentümlich ist trotzdem das Fehlen einer Eiterung und von Adhäsionen in der rechten Unterbauchseite, wie durch die erste Incision festgestellt wurde. Die geringe Schmerzempfindlichkeit des Patienten erklärt Verf. aus hereditärer Anlage, da auch die Mutter bei zwei Geburten kaum über Beschwerden klagte. *Rittershaus* (Koburg).

Beck, Eric Carl: Hemorrhoids and office practice. (Hämorrhoidalbehandlung in der Praxis.) Med. record Bd. **84**, Nr. 3, S. 110—111. 1913.

Verf. gibt ein Verfahren zur unblutigen Behandlung der Hämorrhoiden in der Sprechstunde. Er faßt mit einem Catgutfaden so um den Hämorrhoidalknoten, daß er die Basis, wo die Gefäße eintreten, abbindet. Das Verfahren soll blutlos, schmerzlos, schnell und ohne Berufsstörung auszuführen sein. *Weißwange* (Dresden).

Babcock, W. Wayne: Gallstones producing pyloric and jejunal obstruction. (Über Verschluß des Pylorus und des Dünndarms durch Gallensteine.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 23, S. 1169—1170. 1913.

Im ersten Falle war ein $6^1/_2 \times 4$ cm messender Gallenstein durch die Vorderwand des Magens perforiert und in den Pylorus eingekeilt. Tod nach 24 Stunden. Im zweiten Falle bestand Dünndarmverschluß durch einen 3,1 cm langen und 3,5 cm breiten Stein, der durch quere Incision entfernt wurde. Heilung. *Krüger* (Weimar).CH

Jacquot, C., et C. Fairise: Recherches sur les kystes rétro-peritonéaux d'origine wolffienne. Kyste wolffien du mésocolon descendant. (Über retroperitoneale Cysten vom Wollfschen Gang ausgehend. Cyste des Wolffschen Ganges am Mesocolon descendens.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **20**, Nr. 6, S. 551—620. 1913.

Bei einem jungen Mädchen von 18 Jahren großer cystischer Tumor mit glatter Oberfläche zwischen den beiden Blättern des Mesokolon; kein Zusammenhang mit den Urogenitalorganen. Die Cyste enthält 4—5 l schleimige, übelriechende Flüssigkeit von schokoladebrauner Farbe, zahlreiche Cholstearinkrystalle. Die Innenfläche des Tumors ist rauh und zottig. Mikroskopisch zeigt die bindegewebige Wand Papillen, die von hohem Cylinderepithel mit zahlreichen Becherzellen bekleidet sind. Die Verff. glauben die Entstehung des Tumors nicht von Bestandteilen des Darmes, sondern von embryonalen Resten des Wolffschen Körpers herleiten zu sollen, die während der entwicklungsgeschichtlichen Lageveränderungen der Sexualorgane an der dorsalen Abdominalwand haften geblieben sind. *Weishaupt* (Berlin).

Taft, Charles E., and H. G. Jarvis: Retro-peritoneal sarcoma with recovery; a case report. (Retroperitoneales Sarkom mit gutem Ausgang. Kasuistischer Beitrag.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 7, S. 271 bis 272. 1913.

Es handelte sich um einen großen Tumor, der von der rechten Spina il. bis zum Rippenbogen reichte. Bei der Operation zeigte er sich mit der rechten Nierenkapsel verwachsen, doch nicht wie angenommen, von der Niere ausgehend. Mit vieler Mühe gelang die völlige Auslösung des retroperitoneal liegenden Tumors, der sich mikroskopisch als ein Spindelzellensarkom entpuppte. *Wiemer* (Herne).

Harnorgane:

Bauer, Richard, und Paul Habetin: Weitere Erfahrungen über luetische und postluetische Erkrankungen der Niere. (*II. med. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 27, S. 1101—1108. 1913.

Verff. beobachteten 3 sicher auf Lues zurückzuführende Fälle schwerer hämorrhagischer Nephritis mit Hydrops und Urämie. Der eine der Fälle heilte ohne spezifische Therapie in 10 Tagen. Der 2. Fall zeigte Exacerbation im 5. Monat nach der Infektion, wurde dann subchronisch, der 3. Fall Übergang in chronische Nephritis, die sich nach 10 Jahren in hochgradiger Albuminurie ohne Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie manifestierte und zeitweilig zu Hydrops und Urämie führte. Verff. teilen ferner 5 gleiche Fälle chronischer Nephritis (2 einer früheren Publikation) mit, in denen die Erkrankung schleichend begonnen hatte. Verff. betonen, daß in allen Fällen die Seroreaktion sehr ausgesprochen war, daß dementsprechend das Harnglobulin und in 3 von 5 Fällen der native Harn positive Wassermannsche Reaktion gab. Die akute luetische Nephritis des Sekundärstadiums wird wahrscheinlich durch Spirochäten in der Niere hervorgerufen; auch im Tertiärstadium kann dies vorkommen (Vorpahl). Dagegen ist bei den schleichend verlaufenden Fällen eher toxogene Genese anzunehmen. Auch für das Chronischwerden der akuten Fälle kommt die Toxinwirkung in Betracht und führt ebenso wie bei schleichendem Beginn der Erkrankung allmählich zur Amyloidniere (ein Sektionsfall). Die dauernde Toxinwirkung wird durch das Fortbestehen der Wassermannschen Reaktion, wie durch einen Befund Faroys wahrscheinlich gemacht: Spirochäten im Lumen der Harnkanälchen einer Amyloidniere. Spezifische, besonders Salvarsantherapie ist indiziert und hat besonders bei den akuten, eventuell auch bei den subchronischen und selbst den chronischen Fällen gute Aussichten. Die Seroreaktion wurde übrigens in keinem der mit Salvarsan oder Hg behandelten Fälle negativ, auch ein Zeichen der Intensität der Infektion. Die Diagnose macht namentlich in Fällen schleichenden Beginnes Schwierigkeiten, wenn es sich nicht etwa um ausgesprochene Amyloidose handelt. Genaue Diagnosestellung ist deshalb wichtig, weil auch bei syphilitischen Nephritis anderer Ätiologie durch brüske spezifische Behandlung sehr ungünstig beeinflußt werden kann (Thiroloix). *A. Heineke* (Badenweiler).ᴹ

Payne, R. L., and Wm. de B. Mac Nider: An experimental study of unilateral haematuria of the so-called essential type. (Untersuchungen über einseitige essentielle Hämaturie.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. **1**, S. 93 bis 97. 1913.

Verff. berichten über fünf eigene einschlägige Beobachtungen und empfehlen die Nephrotomie, die in ihren Fällen ausgezeichnete Resultate gab. Zur Frage über die Entstehung der einseitigen essentiellen Hämaturie stellten Verff. eine Reihe von Versuchen an Hunden an, bei denen sie 1. die Vasoconstrictoren der Niere durchschnitten, 2. arsensaures Natrium in die Nierenarterie injizierten und 3. die Nierenarterie komprimierten. Durch ihre Versuche, bei denen sie nie Hämaturie erzeugen konnten, halten Verf. die Theorie von Klemperer (angioneurotisches Ödem) sowie die von Albarran (akute Nephritis) widerlegt. *Engelhorn* (Erlangen).

Wilson, Harold W.: A case of severe b. coli infection of the urinary tract; nephrectomy; recovery. (Ein Fall von schwerer B.-coli-Infektion des Urogenitaltraktus. Nephrektomie. Genesung.) Brit. journal of childr. dis. Bd. **10**, Nr. 115, S. 289—295. 1913.

Ein Mädchen von 7 Jahren war einst mit Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Schmerzen in der rechten Brust und im rechten Abdomen erkrankt. Sie war immer sehr obstipiert gewesen. Vor 2 Jahren hatte sie an Harndrang gelitten und seit 6 Monaten zeigte sie am Tage manchmal Incontinentia urinae. Kurz darauf wurde eine Pneumonie des rechten Unterlappens festgestellt. Dann stellte sich Albumen ein und sehr häufiges und schmerzhaftes Urinlassen mit häufiger Inkontinenz. Der Urin war alkalisch und stinkend und enthielt Bacterium coli. Der Lungenschall hellte sich auf. Die rechte

Lende zeigte Muskelrigidität und unter Anästhesie konnte deutlich eine pralle harte Niere gefühlt werden. Bei der Operation wurde eine vergrößerte mit multipeln Abscessen besetzte Niere entfernt. Ungefähr 2 Monate nach der Operation konnte das Kind vollständig geheilt entlassen werden. *C. Hoffmann* (Berlin).[K]

Herman, J. Leon, and George Fetterolf: Dumb-bell kidney. (Hantelniere.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 6, S. 868—878. 1913.

Verff. fanden in der Leiche eines 71 jährigen Mannes die Nieren zu einem hantelförmigen Organ verschmolzen. Der obere Pol der rechten Hälfte liegt in Höhe des unteren Randes des 1. L.-W., der der linken in Höhe des oberen Randes des 1. L.-W. Der Isthmus, nach vorne konvex, zieht vor Aorta und Cava vorbei. Der Hilus ist beiderseits an der Vorderfläche, und zwar etwa im Zentrum der beiden scheibenförmigen Seitenstücke der „Hantel" gelegen. Das Becken hat 6 Kelche rechts, 4 links, davon je einen für den Isthmus. 7 Arterien (darunter je eine von jeder Iliaca communis, die übrigen aus verschiedenen Stellen der Aorta) und 6 Venen versorgen die Niere. Die Vena lienalis mündet in die Cava. Die Pfortader wird allein durch die Vena mesent. sup. dargestellt. *Burckhardt* (Berlin).[CH]

Stein, Arthur: Unilateral fused kidney. (Durch Verschmelzung entstandene einseitige Einzelniere.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 48—52. 1913.

32jährige Patientin, verheiratet, kinderlos; seit dem 14. Jahre menstruiert, regelmäßig, vierwöchentlich, ohne Beschwerden bis vor sechs Jahren. Seitdem ständig zunehmende Schmerzen. Untersuchung: Retroflexio uteri, multiple Myome der Hinterwand, außerdem ein Tumor der rechten oberen Bauchgegend, der vermutungsweise als Solitärniere diagnostiziert wird. Laparotomie: Enucleation der Myome, Ventrosuspension des Uterus. Spaltung des Peritoneums über dem Tumor rechts: Einseitige durch Verschmelzung entstandene Solitärniere. Linke Niere fehlt. Schluß des Bauches. Genesung.

Verf. weist auf die außerordentliche Seltenheit der einseitigen Verschmelzungsnieren — der „Sigma-Nieren" — gegenüber den Hufeisennieren hin und zeigt, daß der Fall dadurch noch seltener erscheint, als die Niere absolut gesund war, was sonst meist nicht der Fall. Merkwürdigerweise lagen die Ureter-Ostien in der Blase beide an normaler Stelle, beide Ureteren liefen dann nach rechts hinüber und mündeten in zwei verschiedene Nierenbecken, was Verf. durch Collargolfüllung und Röntgenaufnahmen, die der Publikation beigefügt sind, sehr schön nachweisen konnte. Infolge verschiedener günstiger Umstände konnte bereits vor der Operation die Vermutungsdiagnose gestellt werden. *Kneise* (Halle a. S.).

Parkinson, J. Porter: Tuberculosis of kidney. (Nierentuberkulose.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Sect. f. the study of dis. in childr. S. 174 bis 175. 1913.

Krankengeschichte eines 8jährigen Knaben, der über Schmerzen in der rechten Nierengegend klagte; der alkalische Urin enthält Eiter, Albumen, Staphylokokken und Tuberkelbacillen; im Röntgenbild Schatten, verdächtig auf Steine in der vergrößerten Niere oder verkalkte Mesenterialdrüsen, ferner zwei dichte Schatten entsprechend dem unteren Teil des rechten Ureters, ebenfalls auf Steine verdächtig. Der Operateur beabsichtigt, die erkrankte Niere zu entfernen. *K. Hirsch* (Berlin).[K]

Kropeit, A.: Surgical treatment of nephritis: report of two cases. (Zur chirurgischen Behandlung der Nephritis. Bericht über zwei Fälle.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 2, S. 210—211. 1913.

Die chirurgische Behandlung der einer medizinischen Behandlung trotzenden Fälle von Nephritis besteht in einer Dekapsulation oder Nephrotomie und zielt darauf ab, den Innendruck des Organs herabzusetzen, dadurch die Zirkulationsverhältnisse zu bessern und so die Exkretionstätigkeit zu heben. Das Anwendungsgebiet der beiden genannten Operationen bildeten bisher fast ausschließlich Nephritiden im Anschluß an akute Infektionskrankheiten, namentlich Scharlach, die akuten toxischen Nephritiden, hervorgebracht durch chemische Gifte, die eklamptische Nephritis und der Morbus Brightii. Kropeit berichtet über 2 Fälle, in denen es ihm gelang, durch Dekapsulation bzw. Nephrotomie auch der chronischen Nephritis erfolgreich zu begegnen. Im ersten Fall handelte es sich um einen 21jährigen Patienten, der jahrelang an kolikähnlichen Schmerzanfällen in der rechten Nierengegend litt. Die Diagnose lautete auf Nephritis chronica dolorosa. Kropeit nahm eine rechtseitige Dekapsulation vor, mit dem Erfolg, daß der Patient seitdem schmerzfrei und von gutem Allgemeinbefinden ist. Der Harn zeigt noch eine Spur von Eiweiß. Der zweite Fall betrifft eine 43jährige Frau mit

andauernden profusen Hämaturien. Die Diagnose schwankte zwischen Haematuria ex nephritide und Nierentumor. Durch die Nephrotomie konnten Nephrolithiasis und Tumor ausgeschlossen werden. Seit der Operation sind die Hämaturien verschwunden, die Patientin fühlt sich vollständig gesund. K. empfiehlt auch, in allen Fällen eitriger Nephritis und Pyelitis die Niere operativ anzugreifen und dem Eiter Abfluß zu verschaffen. *Saxinger.*[CH]

Pousson, Alf.: Indications opératoires dans les néphrites chroniques. (Indikationen zum chirurgischen Eingriff bei chronischen Nephritiden.) (*Clin. des mal. des voies urin.*) Journal d'urol. méd. et chirurg. Bd. **3**, Nr. 6, S. 717 bis 737. 1913.

Eingehende Besprechung der Indikationen und Kontraindikationen an der Hand der Erfolge bzw. Mißerfolge von 153 aus der Literatur zusammengestellten Eingriffen (Dekapsulationen bzw. Nephrotomien) bei chronischem Morbus Brightii. Viele Einzelheiten aus Krankengeschichten. — Die Operation ist im allgemeinen erst da indiziert, wo interne Hilfsmittel versagen. Sie kann verfallenes Parenchym nicht wiederherstellen, nur das noch vorhandene leistungsfähig machen, bzw. retten. Der Einfluß der Operation ist größtenteils ein mechanischer. Die Nephrotomie ist eingreifender, aber auch auf breiterer Basis wirksamer als die Dekapsulation. Die Nephrotomie ist in den schwereren Fällen mit Herzkomplikationen, urämischer Intoxikation, visceralen Ödemen etc. anzuwenden. Die operative Mortalität beim Morbus Brightii ist alles in allem 23,5 %, bis zu 20 Tagen nach dem Eingriff, der Operation selbst fallen hiervon nur 13 % zur Last. Die Dauerresultate sind nicht schlecht. Von 92 Kranken, die die Operation um 3 Monate überlebten, starben noch 28 nach anfänglicher Besserung vor Ablauf des ersten Jahres, während 63 bis mehrere Jahre nach der Operation den Anschein der Genesung boten. Im einzelnen verdunkelt das Vorhandensein von Urämie die Prognose beträchtlich. Dagegen zeigen Fälle mit Ödemen mit oder ohne Urämie und Oligurie die beste Prognose; nach ihnen rangieren die reinen Urämiefälle; an dritter Stelle die Fälle von Urämie mit Oligurie ohne Ödeme, während die schlechteste Prognose quoad vitam und quoad sanationem diejenigen Fälle geben, in denen die im Vordergrund des Bildes stehende Urämie mit Ödemen und Oligurie verbunden ist. — Bez. der Indikationen: Eine andauernde Oligurie ist eine strikte Indikation zum Eingriff. Eliminationsproben mit Methylenblau, Phloridzin usw. sind für die Indikation wertlos, da sie für die Harnstoffelimination nichts besagen. Albuminuriegrade sind weder als Indikation noch als Gegenanzeige von Wert. Subcutane Ödeme, selbst monströse Anasarken sind keine Kontraindikation, eher eine Anzeige zur Operation, umgekehrt wie Ergüsse in Pleuren, Peritoneum oder Perikard, während die Harnstoffretentionskonstante vorläufig noch bez. der Indikation nichts Sicheres bedeutet. Herzhypertrophie, Galopprhythmus, Dilatation sind durch den Eingriff eventuell zu heilen; Myokarditis kontraindiziert den Eingriff, ebenso beginnende oder schwere Erniedrigung des Blutdrucks. Erhöhung des Blutdrucks mit wahrer Hypertrophie des Herzens ist dagegen eine formelle Indikation für den Eingriff. Funktionelle Sehstörungen (Verminderung der Sehschärfe, Doppelsehen, Hemiopie, Amblyopie, selbst Amaurose) widersprechen ohne anatomische Veränderungen (Opticusatrophie, Retinitis usw.) dem Eingriff nicht. Letztere dagegen sind eine strikte Kontraindikation. Die Ausführungen sind mit Beispielen, Zahlen, Tabellen unterstützt. *Ruge* (Frankfurt a. O.).[CH]

Sears, M. H.: Serious disorganizing injury to the right kidney, with very slight primary symptoms. (Schwere zerstörende Verletzung der rechten Niere mit sehr langsamen primären Symptomen.) Denver med. times. Utah med. journal. Nevada med. Bd. **33**, Nr. 1, S. 8—9. 1913.

40jähriger Minenarbeiter mit Zeichen tertiärer Lues, die unregelmäßig behandelt war, stürzt 30 Fuß hoch ab und schlägt mit dem Rücken auf die steinige Förderstrecke. Schwerer Shock, Besinnungslosigkeit usw. Nach 7 Stunden Erwachen, langsame Erholung, die 5 Tage lang gut vorangeht. Plötzlich Schüttelfrost, Prostration, Auftreten von Blut im Urin, jedoch keine Beschwerden, außer etwas in der rechten Nierengegend. Die Nierenblutung nimmt schnell zu, Blase füllt sich mit Gerinnseln, und noch ehe die Nephrektomie ausgeführt werden kann, stirbt Pat. ganz plötzlich. Sektion zeigt die Niere vollkommen zu Brei zermalmt.

Schlußfolgerungen: Trotz schwerer zerstörender Verletzungen der Niere können Tage vergehen, ehe dieselben nachweisbar werden. Deshalb sorgfältigste Beobachtung nach solchen Traumen notwendig. Nur frühzeitige Nephrektomie gewährt einige Hoffnung auf Heilung. *Kneise* (Halle a. S.).

Warmuth, M. P.: Report of five cases of nephrolithiasis with special reference to the symptomatology. (Bericht über 5 Fälle von Nephrolithiasis mit besonderer Berücksichtigung der Symptomatologie.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 10, S. 792—796. 1913.

Ausführliche Krankengeschichten unter Angabe der besonderen Symptome, der Diagnosenstellung und der Operationen, und Hinweis auf die vorzüglichen Resultate der röntgenographischen Untersuchung. *Kneise* (Halle a. S.).

Freeman, Rowland G.: The diagnosis and treatment of pyelitis in infancy. (Diagnose und Behandlung der Pyelitis im Kindesalter.) (Americ. pediatr. soc., meet. 5.—7. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 164 bis 165. 1913.

Kurze Bemerkungen über den wechselnden Charakter der Temperatur. Bezüglich der Behandlung wird empfohlen, mit kleinen Mengen Urotropin (0,07—0,1 g alle 3 Stunden) zu beginnen, dann aber rasch zu großen Dosen überzugehen, bei Kindern bis zu $^1/_2$ Jahr täglich insgesamt etwa 1,5 g, bei Kindern von $^3/_4$—1 Jahr 2—3 g pro die. Die Darreichung solch großer Dosen soll unter Kontrolle des Urins nicht über eine Woche ausgedehnt werden, dann soll für einige Tage das Mittel überhaupt wegbleiben oder durch Alkalien ersetzt werden. Unterstützt kann diese Behandlung werden durch Vaccinetherapie. *Hagen* (Nürnberg).

Lepoutre, C., La pyélonéphrite des suites de couches. (Die Pyelonephritis im Wochenbett.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21**, (Nr. 5), S. 140 bis 145. 1913.

Jeannin lenkte zuerst die Aufmerksamkeit auf die Pyelonephritis im Wochenbett; sie wird meist mit der P. gravidarum zusammen abgehandelt, verdient aber eine besondere Stellung. Ein vom Verf. beobachteter Fall nahm einen besonders schweren Verlauf, da der Ureterenkatheterismus verweigert wurde.

Am 8. Tage des Wochenbettes Schüttelfrost und Fieber, dabei Schmerzen in der linken Nierengegend. Auf konservative Behandlung keine Besserung; deshalb nach einigen Monaten Nephrotomie. Da auch jetzt die Krankheit nicht schwand, nach weiteren 3 Monaten Nephrektomie. Darauf ungestörte Heilung.

Man hat bei der Wochenbettspyelitis zu unterscheiden, ob es sich um eine aus der Schwangerschaft fortgeschleppte oder um eine selbständige Neuerkrankung handelt. Im letzteren Fall kann es sich um Abknickung bzw. Kompression des Ureters durch den sich involvierenden Uterus handeln; es kann aber auch auf hämatogenem Wege bei einer Allgemeininfektion mit B. coli zur Pyelonephritis im Wochenbett kommen. Auslösende Ursachen können dann in schlechter Funktion der Ureteren oder in einer Disposition zur Hydronephrose liegen. Therapeutisch kommen, neben der üblichen diuretischen und antiseptischen Behandlung, vor allem Nierenbeckenspülungen in Betracht. Bei bleibendem Fieber, als Zeichen der Retention im Nierenbecken, soll man in den ersten Wochen die Nephrotomie machen, dann wird man meist die Krankheit aufhalten und spätere Nephrektomie umgehen können. *Knoop* (Duisburg).

Rössle: Fälle von Nierenverlagerung. (Naturwiss. med. Ges. Jena. Sitz. vom 26. VI. 1913.) Münchn. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 33. S. 1855. 1913.

Fall 1. 43jährige Frau. Beide Nieren sind kuchenförmig, mit nach vorn gestelltem Hilus, auch die Gefäßversorgung geschieht von vorn. Die rechte liegt auf der Beckenschaufel, die linke innerhalb des linken Psoas am Beckeneingang medial und verengt diesen beträchtlich. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß eine chronische und zuletzt tödliche innere Einklemmung der untersten Dünndarmschlinge bestand. Fall 2. 16jähriges Mädchen. Linkseitige, tief verlagerte Kuchenniere. Zufallsbefund ohne klinische Bedeutung. Die Niere liegt vollkommen der linken Art. iliaca commun. auf. Gleichzeitig fand sich als Mißbildung ein linkes Nebenovar. *Runge* (Berlin).

Rössle: Fälle von selteneren Hydronephrosen. (Naturwiss. med. Ges. Jena. Sitz. vom 26. VI. 1913.) Münchn. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 33, S. 1855. 1913.

Das Nierenbecken kann durch Harnstauung von jedem Punkt der Harnwege aus beeinflußt werden. Daß chronische Koprostase im Mastdarm schon bei Kindern zur Erweiterung der Ureteren und hydronephrotischer Atrophie der Nieren führen kann, hat Verf. früher nachgewiesen. Über einen ähnlichen Fall berichtet er jetzt.

18jähriger Arbeiter, bei dem ein den halben Bauchraum ausfüllendes Megacolon sigmoid. bei gleichzeitig bestehender Hufeisenniere die beiderseits getrennten Nierenbecken samt Blase und Ureteren stark erweitert hatte. Bemerkenswert ist in diesem Falle die auch sonst bei Hirschsprungscher Krankheit nicht seltene Erweiterung der Harnblase. Ähnlicher Fall bei einem viermonatlichen Mädchen. Des weiteren ein neugeborenes Mädchen mit Erweiterung der Ureteren durch Verengerung ihrer Mündung. Links außerdem noch Verdoppelung des Ureters und des Nierenbeckens, wobei der obere Ureter blind an der Harnblase endigte. Sodann ein Fall von Ureterenstenose bei einem neugeborenen Knaben. Starke Erweiterung der Harnblase. Allerdings lange Flexura sigmoidea. *Runge* (Berlin).

Michailow, N. A.: Einige neuere Angaben über die Ätiologie der Hydronephrosen. (Angeborene Mißbildungen des Harnleiters.) Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 7, S. 564—567. 1913.

Rechtseitige Pyonephrose. Andeutung von Intermittenz. Freilegung mit paraperitonealem Schnitt. Eröffnung des sehr erweiterten Nierenbeckens mit 10 cm langem Querschnitt. Es zeigt sich, daß eine Art von Ventil am oberen Ureterende bestand, in der Art, daß der Ureter von einem 4 cm langen warzenartigen Höcker des Nierenbeckens entsprang, einer Art von Invagination des Ureters ins Nierenbecken. Innerhalb dieses Höckers verlief der Ureter fast parallel zur Nierenbeckenwand. Schlitzung bis zum freien Teil des Ureters. Quere Vernähung der Ureter- mit der Nierenbeckenschleimhaut. Drainage des Nierenbeckens. Unter internen Methylenblaugaben und periodischen Kollargolspülungen des Nierenbeckens per Cystoskop: Heilung. Es bleiben nur leichte anfallsweise Beschwerden für einige Zeit zurück. Zugleich bestand auf derselben Seite eine Senkung der Niere, die vielleicht in kausalem Zusammenhang mit der Hydronephrose stand. *Ruge* (Frankfurt a. O.).CH

Suter, Friedrich: Primary ureter-papilloma. Nephro-ureterectomy. Recovery. (Primäres Ureterpapillom, Heilung nach Nephro-Ureterektomie.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 1, S. 62—65. 1913.

Nach Albarran u. a. sind primäre Papillome des Ureters sehr selten und schwer zu diagnostizieren. Verf. hat folgenden Fall beobachtet: Ein 55jähriger Mann hat verschiedentlich Blut mit dem Urin entleert. Cystoskopisch fand sich ein Tumor der vorderen Blasenwand, der sich bei der Cystotomie als festhaftendes Gerinnsel erwies. Ein Jahr lang Zessieren der Hämaturie. Dann wieder Blutung. Cystoskopisch ließ sich nachweisen, daß das Blut aus dem rechten Ureter floß und beide Nieren sonst funktionell intakt waren. Diagnose: Tumor oder essentielle Nierenblutung. Freilegung der rechten Niere, die ein völlig normales Aussehen bot. Ein excidiertes Stückchen zeigte auch bei mikroskopischer Untersuchung keine pathologischen Veränderungen. Nach 3 Monaten kommt wieder Blut aus dem rechten Ureter. Interne Behandlung unwirksam. Nach 1/2 Jahre wieder in der Annahme einer essentiellen Nierenblutung rechtseitige Nephrektomie, wobei eine am Ureter abwärts verlaufende Peristaltik auffiel (ein Symptom, das Verf. nie vorher gesehen und nirgends beschrieben gefunden hat). Die Niere war makroskopisch gesund, zeigte mikroskopische Veränderungen, deren Deutung zweifelhaft blieb. Schon am Tage nach der Operation neue Blutung, und 6 Tage später sah man wieder ein Gerinnsel in der Uretermündung. Daher nach weiteren 4 Tagen extraperitoneale Freilegung des verdickten Ureters, Eröffnung der Blase, Vorschieben eines Katheters in den Ureter, dessen renales Ende am Katheter festgebunden wurde, worauf der Ureter durch Zurückziehen des Katheters in die Blase invertiert und abgetragen wurde. Etwa 1 cm über dem Blasenende des Harnleiters fand man ein haselnußgroßes (benignes) Papillom. Völlige Heilung. — Abbildung des Präparats. Besonders ungewöhnlich war an dem berichteten Falle, daß das Papillom keine Hydronephrose bewirkt hatte. Verf. meint, daß man in solchen Fällen die Diagnose stellen könne, wenn man mit dem Ureterenkatheter aus dem oberen Teil des Harnleiters normalen Urin, aus dem unteren Abschnitt dagegen blutigen Harn erhalte; bei richtiger Diagnosenstellung käme auch eine partielle Ureterektomie mit Erhaltung der Niere in Frage. *Kempf.*CH

Franqué, Otto v.: Über den Vorfall des Harnleiters durch die Harnröhre nebst Bemerkungen zur Histologie des Oedema bullosum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, Erg.-H., S. 115—129. 1913.

Mitteilung eines durch Sectio alta geheilten Falles von Ureterocele bei einem jungen Mädchen, bei dem sich die vorgefallene Partie aus der Harnröhre herausgedrängt hatte und nekro-

tisch wurde. Cystoskopisch imponierte das Gebilde als Papillom. Bemerkungen zur Histologie des bullösen Ödems, das sich rings umher fand, und bei dem es sich nicht um echte „Blasen“ sondern nur um stark ödematös durchtränkte Papillenspitzen handelte, analog der Blasenmole. Kasuistik der Erkrankung: häufigstes Vorkommen bei angeborenem Verschluß eines doppelten Ureters; unter 35 derartigen Fällen nur 9 bei einfachem Ureter. Ferner bei angeborener Stenose des Ureterostiums, zu der sekundär im Laufe der Jahre ein Verschluß hinzutritt; dazu gehören alle neueren operierten Fälle. Erstere sind alle bald gestorben.

Die Hauptgefahren sind: Aufsteigende Infektion der Harnwege durch Verlegung der Urethra, Nekrotisierung und Zerfall der vorgefallenen Gebilde (Cystitis, Hydronephrose, Pyelitis); gefährlich vor allen Dingen in der Schwangerschaft infolge Schwellung der Schleimhaut. Bis jetzt fünf durch Operation geheilte Fälle. Die Diagnose ist in keinem Falle vorher gestellt worden, sie ist nur mittels Cystoskop möglich, wenn sich eine kugelige, von normaler Blasenschleimhaut überzogene Vorwölbung an der Uretermündung findet, die sich je nach Druck und Lage vergrößert oder verkleinert. All diese Erscheinungen können fehlen bei geborstener Ureterocele, bullösem Ödem usw., daher Verwechslung mit Geschwülsten. Therapie bei größeren Vorfällen Sectio alta mit totaler Abtragung und Vernähung der Ureter- und Blasenschleimhaut; Erfolge sehr gut. Kleinere endovesical durch Schlitzung der stenosierten Öffnung. Die vaginale Methode mit Spaltung der hinteren Harnröhre nach Simon wird verworfen wegen der geringen Übersichtlichkeit und Gefährdung der Kontinenz. Da im fötalen Leben die Ureterostien ursprünglich enger angelegt werden und sich später erweitern, faßt F. die Stenose als Hemmungsmißbildung auf. *Peitzsch* (Barmen).

Suter, F.: Über überzählige Nieren. (Kasuistik; Mitteilung eines vor der Operation diagnostizierten Falles mit cystischer Erweiterung des vesicalen Ureterendes.) Folia urol. Bd. 8, Nr. 1, S. 35—45. 1913.

Newman, David: Cases illustrating certain urinary conditions in women associated with frequent or painful micturition. (Über 8 Fälle bestimmter Erkrankungen des Harnsystems der Frau, die mit häufigem und schmerzhaftem Harndrang verbunden sind.) Clin. journal Bd. **42,** Nr. 13, S. 193 bis 204. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß bei den Frauen Klagen über häufigen und schmerzhaften Harndrang ganz außerordentlich oft vernommen werden, daß aber eine Diagnose der zu grundeliegenden Erkrankungen nur selten gemacht, vielmehr kurzerhand von irritable bladder, von „nervöser Reizblase“ gesprochen wird. Nach Verf. ist dieser Begriff nur ein Symptom einer wahren Erkrankung, die mit allen modernen Hilfsmitteln der Urologie erforscht werden muß.

Zur Illustrierung dessen bringt er 8 ausführliche Krankengeschichten, zum Teil mit Beigabe guter Abbildungen der cystoskopischen Befunde, und weist an ihnen nach, wie 1. die Cystitis in der Schwangerschaft mit ihren Folgen, 2. Nierentuberkulose im Frühstadium, 3. ebensolche Blasentuberkulose, 4. Ulcerationen des Blasenhalses, des Blasenbodens und der Harnröhre, 5. Harnröhrenpolypen und 6. Wandernieren dabei unsere Aufmerksamkeit verdienen.

Bezüglich der Cystitis in der Schwangerschaft weist Verf. darauf hin, wie hier oft im Beginn der Erkrankung die Diagnose unmöglich, da die Beschwerden einfach auf die Schwangerschaft geschoben werden, während gerade die Behandlung in diesem Stadium am günstigsten ist. Er zeigt, wie es sich oft um eine Infektion mit Bact. coli handelt, während meist Gonokokken oder Tuberkelbacillen beschuldigt werden; bei Colicystitiden ist eine Behandlung mit Phenol von ausgezeichnetem Erfolge. Von der beginnenden Nieren- und Blasentuberkulose gibt Verf. eine kurze aber umfassende Darstellung und zeigt die Bedeutung der Frühdiagnose, die unter Zuhilfenahme der neueren Methode stets erreichbar ist; therapeutisch interessant ist der Erfolg bei einer Blasentuberkulose, die unter Curettage und Tuberkulinbehandlung glatt ausheilte. Weiter sind nach Verf. Ulcerationen und Erosionen der Harnröhre und Blase oft die Ursache von häufigem Harndrang und weiterhin auch von Enuresis und Inkontinenz, und werden hervorgerufen durch Infektionen mit Bact. coli und Staphylokokken. In leichteren Fällen wurde auch hier durch Phenolbehandlung eine Ausheilung der Ge-

schwüre und damit eine Heilung überhaupt erzielt, in schweren Fällen wurde die Blase durch sectio alta eröffnet, drainiert und mit Argent. nitric., Phenol oder mit Milchsäurebacillenkulturen behandelt. In einigen seltenen Fällen erkannte Verf. als Ursache des Leidens kleine Harnröhrenpolypen, nach deren Entfernung mit Curette oder Schlinge alsbald Heilung eintrat. Als letzte Ursache endlich zieht er die Wanderniere heran und zeigt, wie bei einem schweren Fall durch Nephropexie eine schnelle Heilung erzielt werden konnte. *Kneise* (Halle a. S.).

Schwenk, Arthur: Zur konservativen chirurgischen Behandlung in der Urologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10,** Nr. 15, S. 456—459. 1913.

Auf dem Ausbau und den Errungenschaften der Cystoskopie basieren die Erfolge der konservativen chirurgischen Therapie in der Urologie. — Die nach einer Lithotripsie auftretenden angeblichen Rezidive von Blasensteinen sind durch die Disposition des Pat. bedingte Steinneubildungen; größere Verletzungen der Blase und dadurch verursachte bedrohliche Blutungen oder gar Perforationen der Blase sind insbesondere mit dem cystoskopischen Lithotriptor auszuschließen. Blasengeschwülste können mit Hilfe des von R. Kutner verbesserten Operationscystoskopes jetzt an allen Stellen der Blase wirksam in Angriff genommen werden, insbesondere seitdem Kutner bei seinem Thermopenetrationsapparat den größten Wert legt auf eine Kombination der Hochfrequenz mit der kaustischen Schlingenbehandlung derart, daß man zunächst die Geschwulst koaguliert und dann das koagulierte, blutlose Gewebe mit der kaustischen Schlinge abträgt. — Bei der Prostatahypertrophie kommt die Goldschmidtsche galvanokaustische Inzision der Prostata, ev. die oft bewährte Bottinische Operation neben der von Kutner ausgeführten Hochfrequenzbehandlung in Frage. Eingeklemmte Harnleitersteine sollen durch mittels des Ureterkatheters verabfolgte Öleinläufe mobilisiert werden können. *Sulzer* (Aachen).

Barney, J. Dellinger: A case illustrating the efficiency of the high frequency current in the treatment of tumors of the bladder. (Ein Fall zur Illustration der Wirkung des Hochfrequenzstroms bei der Behandlung von Blasengeschwülsten.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169,** Nr. 1, S. 19—20. 1913.

Bei einem 70jährigen Manne, der mehrfach schokoladefarbigen Urin entleert hatte, fand sich cystoskopisch chronische Cystitis, mäßige Prostatahypertrophie und ein gestielter, haselnußgroßer Tumor der hinteren Blasenwand. Behandlung mit dem Hochfrequenzstrom in verschiedenen Sitzungen. Bei der letzten Sitzung war der Tumor bis auf einige kleine Knötchen geschwunden, jedoch sah man in seiner Umgebung Papeln, die den Eindruck einer malignen Neubildung machten. Exstirpation der verdächtigen Partie nach suprapubischer Cystotomie. Heilungsverlauf o. B. Von Interesse ist nun der pathologische Befund der excidierten Partie. Es fand sich nämlich eine chronische Entzündung der Schleimhaut und nichts von Tumorzellen. Diese eigentümliche, ein Carcinom vortäuschende Reaktion der Blasenwand auf Hochfrequenzströme ist auch anderen Beobachtern aufgefallen. *Kempf* (Braunschweig).CH

Francisco, Giacomo de: L'epicistotomia nella calcolosi vescicale e nuovo processo di sutura della vescica. (Über die Sectio alta bei Harnblasensteinen und eine neue Nahtmethode der Harnblase.) Gaz. med. ital. Jg. **64,** Nr. 24, S. 231—236. 1913.

De Francisco berichtet über einen durch Sectio alta entfernten, 10 cm langen, 32 cm im Umfang messenden, 615 g wiegenden Harnblasenstein und empfiehlt zum Verschluß der Harnblase eine einfache Lembertnaht, von der die Fäden als capilläre Drainage zur Bauchwunde herausgeleitet werden. Für alle irgendwie dazu geeigneten Fälle wird die Bedeutung der Lithotrypsie betont. *Leuenberger* (Zürich).CH

Thévenot, Léon: Calculs développés dans les formations diverticulaires annexées à la vessie et à l'urètre. (Steinbildung in Blasen- und Ureterdivertikeln.) (*Clin. d'urol. de la fac. de méd., Lyon.*) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 30, S. 329—330. 1913.

Ein Strikturkranker mit Blasenkatarrh, der sich von Zeit zu Zeit poliklinisch bougieren ließ, wurde eines Tages in fieberhaftem, sehr elendem Zustande ins Spital aufgenommen und starb bald. Bei der Obduktion fand man eine Balkenblase von normaler Kapazität und chronisch entzündeter Schleimhaut. In den Taschen zwischen den einzelnen Balken lag eine große Zahl kleiner Konkremente, die durch Stagnation des infektiösen Urins und Niederschlag der Harnsalze entstanden waren.

Diese Erkrankung steht im Gegensatz zur inkrustierenden Cystitis, bei welcher die Wand gleichmäßig mit Harnsalzen ausgekleidet ist. Auch in den Divertikeln des Ureters kommt es nicht selten zur Steinbildung; man unterscheidet angeborene Erweiterungen, solche, die durch Dilatation der Drüsen entstehen und periurethrale Taschenbildungen, die später mit dem Lumen des Ureters in Verbindung treten. Steine in angeborenen Divertikeln sind längst beobachtet. Die Calculose der am Ureter gelegenen Drüsen wurde ebenfalls beobachtet.

Bei einem Kranken, der wegen Urinabsceß operiert wurde, bildete sich eine Fistel; bei der nachfolgenden Operation konnte man feststellen, daß die Steine in der Wand des Ureters saßen und die intakte Schleimhaut über sie hinweg zog.

Endlich bilden sich nicht selten in solch Uretrotomien zurückbleibenden Fistelgängen Steine. — Verf. kommt zu dem Schluß, daß an allen Stellen der Harnwege Steinbildungen vorkommen, daß die Concremente kein Produkt der Schleimhaut sind, sondern der Stauung des infizierten Harns ihren Ursprung verdanken. *Rittershaus.*

Stuver, E.: A case of cystitis. (Ein Fall von Cystitis.) Denver med. times. Utah med. journal. Nevada med. Bd. **33**, Nr. 1, S. 9—11. 1913.

Bericht über einen außerordentlich schweren Fall von Cystitis, der selbst durch einen chirurgischen Eingriff nicht gebessert werden konnte, weil die Patientin in ihrem gesamten körperlichen Zustande und in ihrem Nervensystem zu sehr heruntergekommen war. Erst nachdem Verf. die Patientin durch Injektionen mit Roberts - Hawley - Lymphe körperlich hochgebracht hatte, heilte die Cystitis, und zwar ohne Lokalbehandlung. *Kneise* (Halle a. S.).

Mamma:

Lilienthal, Howard, Disappearance of a secondary carcinoma without extirpation. (Rückgang eines Carcinomrezidivs ohne radikale Exstirpation.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 5, S. 156—157. 1913.

58jährige Frau stellte sich $1^1/_2$ Jahre nach der Radikaloperation (mit Ausräumung der Achselhöhle) eines Mamma-Scirrhus ohne Drüsenmetastasen wieder vor mit einer haselnußgroßen Geschwulst in Höhe der 7. Rippe in der vorderen Axillarlinie, die mit etwas geröteter Haut bedeckt und mit der Unterlage fest verwachsen war. Feines, lokales pleuritisches Reiben deutete auf eine Mitbeteiligung des Rippenfelles. Nach Exstirpation der Hauptportion dieses Tumors erfolgte nochmalige Fulguration der offengelassenen Wunde und Injektion von Thymusemulsion. Die Stelle vernarbte und Pat. ist seit nunmehr 4 Jahren rezidivfrei. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Stückes hatte die carcinomatöse Natur des Rezidivs sichergestellt. Der Fall soll nicht als Erfolg einer operationslosen Behandlungsart, sondern nur als ungewöhnlich notiert sein. *Zieglwallner* (München).CH

Strobell, C. W.: The problem in local recurrent breast cancer. (Das Problem des Rezidivs bei Brustkrebs.) (Med. soc. of the county of New York, meet. 24. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 129—131. 1913.

Strobell widerspricht der Ansicht, daß das Rezidiv eines Carcinoms spez. der Mamma nur die äußere Erscheinung einer inneren Metastase sei. Seiner Auffassung nach sei ein Rezidiv ein Aufflackern von zurückgebliebenen Keimen, und wenn sich irgendwo im Bauch oder Becken später Metastasen zeigen, so sei das ein Beweis, daß die primäre Operation eben zu spät gemacht sei. *Wiemer* (Herne).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

● **Richter: Geburtshilfliches Vademekum. 100 Fälle aus der Geburtshilfe für die Praxis bearb. nach den „seminaristischen Übungen“ des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Leopold.** Leipzig: Vogel 1913. XVI, 385 S. M. 7,—.

Das aus dem Nachlaß Leopolds († 1911) stammende Material hat sein langjähriger Schüler (Richter) pietätvoll herausgegeben, treu dem Bestreben seines Lehrers, „den jungen Ärzten eine einheitliche Schule mit bestimmten, durch eine reiche Erfahrung wohlgegründeten Regeln zu geben“. Das Buch soll kein Lehrbuch sein, sondern ein Vademekum, ein Nachschlagebuch für Ratsuchende mit dem doppelten Zwecke, „den Lernenden durch Fragestellung und Beantwortung der Fragen zu eigener Über-

legung und kritischer Durchdringung des Falles anzuregen (im Sinne der seminaristischen Übungen Leopolds), dem Geschulten aber rasch einen verwertbaren Rat zu geben, wenn einmal Zweifel in der Beurteilung oder Behandlung eines Falles auftauchen sollten". Die Einteilung ist nach dem Untersuchungsbefund, nach besonderen Lageanomalien und nach Regelwidrigkeiten bei Mutter oder Kind gewählt; stets sind Primi- und Multiparae unterschieden; einige Abbildungen und eine Tafel erleichtern das Verständnis einzelner Maßnahmen. Am Schlusse sind kurze Bemerkungen zur Technik der Geburtshilfe, einschließlich der Arzneimittel hinzugefügt. *Wegscheider* (Berlin).

Sacks, B.: A few obstetrical hints. (Einige geburtshilfliche Winke.) Therap. rec. Bd. 8, Nr. 92, S. 212—216. 1913.

Verf. weist darauf hin, welche große Gegensätze in der Geburtshilfe zwischen Theorie und Praxis bestehen und zeigt an einigen Beispielen, wie sich der junge Mediziner in den ärmlichen Verhältnissen der Poliklinik am Gebärbett zu verhalten hat. *Engelhorn* (Erlangen).

Schwangerschaft:

Vanverts, J.: Moyen d'éviter la disparition des laminaires. (Mittel, um die Einschlüpfung der Laminaria in die Uterushöhle zu vermeiden.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 652, S. 241—243. 1913.

Um das äußere Ende der Laminaria schiebt Verf. eine Scheibe eines durchlöcherten Pfropfens. *Daels* (Gent).

Horsley, J. Shelton: Abdominal pregnancy with a living child. (Bauchhöhlenschwangerschaft mit lebendem Kinde.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 1, S. 58—60. 1913.

In einer Statistik von Ayres sind bis 1897 91 Fälle von Abdominalschwangerschaft mit lebendem Kinde aus der Literatur zusammengestellt. Seitdem sind bis 1. Januar 1912 noch 13 neue Fälle hinzugekommen. Verf. erwähnt sie alle der Reihe nach und fügt einen eignen Fall hinzu. 27jährige IIIpara hat in der Schwangerschaft absolut nichts Besonderes bemerkt und bekommt zur richtigen Zeit Wehen. Als diese keinen Erfolg haben, wird der Arzt hinzugerufen, der eine Bauchhöhlenschwangerschaft feststellt und die Frau ins Hospital bringt. Laparotomie. Das Kind liegt links von der Mittellinie in der freien Bauchhöhle nur von einer dünnen Membran bedeckt, welche auch die Placenta umgibt. Der Schädel des Kindes liegt nach dem Becken zu, und beim Fassen desselben zerreißt die Membran. Das Kind lebt, zeigt keine Mißbildungen und wiegt 6 Pfund. Es bestanden einige Verwachsungen zwischen Darm und Netz einerseits und der Eihülle andererseits. Letztere zeigt einen deutlichen Stiel nach dem linken Ligamentum latum zu; derselbe wird abgebunden, Placenta und Membran werden entfernt. Das Ganze machte den Eindruck eines Ovarialtumors, dessen Inhalt von dem Kinde und der Placenta gebildet wurde. Bis auf kleines Exsudat im Douglas glatte Heilung; das Kind ist jetzt nach einem Jahr noch am Leben. — Literatur. *Lamers* (Amsterdam).

Colorni, C.: Glicosuria e diabete sotto il punto di vista ostetrico ginecologico. (Glykosurie und Diabetes vom Standpunkte der Geburtshilfe und Gynaekologie.) Gaz. med. lombarda Jg. 72, Nr. 29, S. 227—229. 1913.

Diabetiker sollen nur heiraten, wenn die Krankheit leicht oder im Beginn ist. Schwangerschaft soll man verbieten, wenn die vorhergehende eine Verschlimmerung des Zustandes brachte. Für die leichteren Formen genügen die bekannten hygienisch-therapeutischen Maßnahmen, auch sind häufigere gynaekologische Untersuchungen nötig, um sich von dem Zustande des Uterus usw. zu überzeugen. Unterbrechung der Schwangerschaft nur in schweren Fällen ohne Anwendung der Narkose. Stillen darf nicht gestattet werden. *Wiemer* (Herne).

Lévy-Klotz, Cunéo et A. Pinard: Un cas d'occlusion intestinale pendant la gestation (7e mois environ); laparotomie, anus caecal, continuation de la gestation. (Ein Fall von Darmverschluß im 7. Monat der Schwangerschaft; Laparotomie, Anlegen eines Anus coecalis, Fortdauer der Schwangerschaft.) Ann. de gynécol. et d'obstetr. Jg. 40, (H. 6), S. 372 bis 376. 1913.

Krankengeschichte, deren Einzelheiten aus der Überschrift ersichtlich sind. Levy-Klotz empfiehlt in allen Fällen von Darmverschluß unklarer Ursache eine Enterostomie zu machen. *Rath* (Hannover).

Schrenck, A. von: Über Uterusmyom und Schwangerschaft. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38**, Nr. 12, S. 140—145. 1913.

Schwangerschaft in einem myomatösen Uterus ist ein häufiges Vorkommen. Diese Komplikation ist in Bezug auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett je nach dem Sitz des Tumors ganz verschieden zu bewerten. Kleine subseröse Myome sind bedeutungslos; ebenso werden größere subseröse Geschwülste nur selten ein Conceptionshindernis abgeben. Dagegen sind die intramuralen, submukösen und Cervixmyome in dieser Beziehung viel weniger indifferent. Die Diagnose Myom und Schwangerschaft kann in der ersten Zeit der Gravidität schwierig, bisweilen unmöglich sein. In der Schwangerschaft findet fast stets eine Größenzunahme der Geschwülste statt, die teils auf ödematöser Durchtränkung, teils auf Hyperplasie und Hypertrophie der Muskelfasern beruht. Typisch ist dabei auch eine Formveränderung im Sinne der Abflachung. Selten tritt in der Schwangerschaft Myomnekrose auf als Folge einer Achsendrehung des Uterus myomatosus gravidus oder infolge von Gefäßkompression oder syphilitischer Gefäßerkrankung. Mit zunehmendem Alter der Pat. wächst übrigens die Häufigkeit der Myomnekrosen in der Gravidität. Im Puerperium wird sie an sich relativ häufig beobachtet. Post partum findet in der Regel wieder eine ansehnliche Verkleinerung der Myome statt. Störungen unter der Geburt werden am häufigsten durch Cervixmyome hervorgerufen. Therapeutisch indiziert das Zusammentreffen einer Schwangerschaft mit Myom an sich noch keinen Eingriff. Erst Komplikationen erfordern aktiveres Vorgehen. In frühen Monaten der Gravidität kommen Enucleation der Tumoren oder Uterusexstirpation in Betracht, am Ende der Schwangerschaft Sectio caesarea mit konsekutiver Exstirpation der Myome, eventuell des Uterus.

Jaeger (Leipzig).

Geburt:

Paine, A. K.: Some aspects of labor mechanism at the pelvic brim. (Betrachtungen über den Geburtsmechanismus des Beckeneinganges.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 5, S. 154—157. 1913.

Verf. vertritt die Ansicht, daß beim Eintreten des kindlichen Kopfes ins Becken die Pfeilnaht nicht, wie im allgemeinen angenommen wird, im schrägen Durchmesser des Beckeneinganges verläuft, sondern in normalen Fällen im queren. Ursache für die verkehrte Auffassung ist die falsche Annahme, daß durch Vorragen des Promontoriums und die Gegenwart der Muskulatur an der Beckenwand der brauchbare quere Durchmesser praktisch kleiner wäre als die beiden schrägen. Bei genauer Durchsicht einer großen Anzahl normaler skelettierter Becken stellte sich heraus; daß die ausgesprochene Herzform des Beckeneinganges beim Weibe gar nicht so häufig ist, wie allgemein angenommen wird, und viel mehr dem männlichen Typus angehört. Das Vorspringen des Promontoriums wird vom sakro-vertebralen Winkel vorgetäuscht, der aber über dem Beckeneingang liegt. Die Muskulatur (Psoas) verkürzt den schrägen Durchmesser in noch höherem Maße wie den queren. Durch Messungen an der Leiche kann man sich leicht von der Richtigkeit dieser Behauptungen überzeugen. Der quere Durchmesser ist dann etwa 11,5 cm, der rechte schräge etwa 10 cm. Der linke schräge Durchmesser wird oft durch die Gegenwart des Rectums noch mehr verkürzt. — Nicht nur vom theoretischen Standpunkte ist diese Richtigstellung von Interesse, sondern auch praktisch ist sie für die Ausführung der hohen Zange von großer Wichtigkeit. — Verf. fürchtet von der Zunahme des Sports beim weiblichen Geschlecht, besonders in der Entwicklungsperiode, daß das Becken sich mehr nach dem männlichen Typus entwickeln wird, und infolgedessen die Geburten später schwieriger vor sich gehen werden.

Lamers (Amsterdam).

Berthaut: Considérations sur les dispositions anatomiques qui rendent nécessaire la rotation intrapelvienne de la tête du foetus. (Über die anatomischen Verhältnisse, welche die Drehung des fötalen Kopfes im Becken-

kanal notwendig machen.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 26, S. 521 bis 524. 1913.

Vor allem durch die Drehung im Becken unterscheidet sich der Geburtsmechanismus der Frau von demjenigen der Tiere. Die Ursache dafür sucht Verf. in dem Verschwinden der Pubo-coccygealspalte bei der Frau zu erklären. Die Drehung im Becken wird nötig durch den Widerstand des Beckenbodens und durch die schräge oder quere Stellung des fötalen Kopfes hinter dem Schambogen, und nicht durch die knöcherne oder muskulöse Beckenenge, wie dies von Farabouch und Varnier angenommen wird. Auf Grund genauer Beobachtungen glaubte Verf., daß sich die Drehung immer infolge Anstemmen des foetalen Kopfes hinter dem Schambogen vollzieht. *Guggisberg.*

Rittenhouse, William: How I shorten the course of labor. Practical advice upon a practical subject. (Wie ich die Geburtsdauer abkürze. Praktische Winke zu praktischen Fragen.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 3, S. 216—218. 1913.

Nach Ansicht des Verf. soll normalerweise eine unkomplizierte Geburt nicht länger wie höchstens 10—12 Stunden dauern. Dauert sie länger, so muß nach der Ursache gefahndet und eingegriffen werden. In $^3/_4$ der Fälle liegt die Ursache an der hinteren Hinterhauptslage des Kindes. Verzögert sich eine derartige Geburt, so erweitert Verf. den Muttermund, bis er die Hand einführen kann und bringt das Hinterhaupt nach vorne. An zweiter Stelle in der Reihe der Ursachen, die die Geburt in die Länge ziehen, steht eine zu kleine Fruchtblase. Wenn während einer Wehe der Finger bequem zwischen Cervix und Blase eingeführt werden kann, erfüllt letztere ihren Zweck, den Muttermund zu erweitern, nicht, und soll gesprengt werden. Der vorliegende Teil übernimmt dann jedenfalls erfolgreicher die Dilatation. Ebenfalls ungünstig ist die einfache Steißlage. Die dabei meist sehr in die Länge gezogene erste Geburtsperiode ist „eine unnütze Belästigung“ für die Pat. und falls die Geburt nicht in normaler Schnelligkeit vor sich geht, soll wie bei der hinteren Hinterhauptslage der Muttermund erweitert werden, bis man mit der Hand eingehen kann, dann hole man einen oder beide Füße herunter. Oft dehnt sich auch der Muttermund zu langsam. Instrumente gebraucht Verf. nur selten, aber in über 50% seiner Entbindungen erweitert er den Muttermund digital. Dieselbe Eröffnung, zu der besonders bei Erstgebärenden die Wehen Stunden brauchen, erreicht er mit zwei Fingern in wenigen Minuten. Beim engen Becken wird viel Zeit gespart, wenn man frühzeitig die Blase sprengt, damit der Kopf auf den Beckeneingang gepreßt und leichter konfiguriert wird. Wenn er dann nicht bald eintritt, ist die hohe Zange, Wendung, Kraniotomie oder Kaiserschnitt erforderlich. Bei der Wendung wird die Zange am nachkommenden Kopfe angelegt. Wehenschwäche infolge rasch nacheinander folgenden Entbindungen oder aus anderer Ursache ist sehr gefährlich, da dabei die schlimmsten Nachblutungen vorkommen. Als Wehenmittel sind zu empfehlen Chinin, Strychnin oder Ergotin. Die Erfahrungen über Pituitrin sind noch zu gering an Zahl. Verf. selbst hat es nicht versucht. Künstliche Erweiterung des Muttermundes ist das beste Wehenmittel, das er kennt. Man soll nur immer konsequent bleiben! *Lamers* (Amsterdam).

Helbing, H. H.: Subculoid lobelia in obstetrics. (Lobeliatinktur in der Geburtshilfe.) Americ. med. journal Bd. **41**, Nr. 7, S. 640—641. 1913.

Verf. hat Lobeliatinktur in 2 Fällen als Wehenmittel benutzt. Bei einer 20jähr. I-Para ging seit 7 Stunden die Entbindung trotz Chinins und anderer Mittel nicht weiter; der Muttermund blieb etwa markstückgroß. Nach Verabreichung von 20 Tropfen Tinct. lobeliae wurden jedoch die Wehen sofort stärker und frequenter und das Kind kam 5 Stunden später spontan zur Welt. Der zweite Fall verlief ganz ähnlich (Frühgeburt im VII. Monat bei einer 18jähr. II-Para). Fraglich ist nur, ob hier nicht Blasensprengung die günstigere Wirkung gehabt hat. Vergiftungserscheinungen und post-partum-Blutungen kamen nicht vor. *Lamers* (Amsterdam).

Löfqvist, Reguel: Die Bedeutung des Pituitrins in der Geburtshilfe. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Obwohl die nunmehr recht umfangreiche Pituitrinliteratur mit nur wenigen

Ausnahmen darlegt, daß das Pituitrin physiologische Geburtswehen hervorzurufen vermag, gibt es viele Tatsachen, die dagegen sprechen. Die wichtigste davon ist die allgemeine Erfahrung, daß die Wirkung des Pituitrins im Beginn der Geburt so schwach ist und erst gegen das Ende der Geburt, wo unter physiologischen Umständen die Bauchpresse die wichtigste Rolle spielt, sich voll entfaltet. Überdies sind die veröffentlichten Fälle meistens von der Art, daß sie einer kritischen Prüfung nicht standhalten. Der Vortragende hat die Wirkung des Pituitrins sowohl an Hochschwangeren als auch während der Geburt zu studieren gesucht und dabei die Überzeugung gewonnen, daß das Pituitrin Uteruskontraktionen hervorruft, die aber nicht mit den natürlichen Wehen identisch sind. In Fällen, wo die Wirkung deutlich ist, kann man am Uterus stets die Neigung zu tetanischen Kontraktionen wahrnehmen, wobei die Zusammenziehungen von 5—10—15 Minuten langer Dauer sein können und der Muskel in den Pausen nicht vollständig erschlafft. Wirkt das Pituitrin bei vorhandener physiologischer Wehentätigkeit, so schreitet die Geburt auch während der ersten Periode fort. Die Pituitrinkontraktionen allein vermögen jedoch nicht die Erweiterung des Muttermundes zu bewirken. Dagegen können diese tetanischen Zusammenziehungen, nachdem sich der Muttermund geöffnet hat, oftmals in eklatanter Weise die Geburt beschleunigen, insbesondere bei Mehrgebärenden mit gut vorbereiteten Weichteilen. Der pathologische Charakter der Pituitrinkontraktionen ergibt sich vielleicht am deutlichsten aus den Messungen des intrauterinen Druckes, die auch von anderen Forschern ausgeführt worden sind. (Autoreferat.)

Wolf, K.: Zirbeldrüsenextrakt in der geburtshilflichen Landpraxis. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 32, S. 1557. 1913.

Verf. bestätigt die gute Wirkung des Pituitrins in der Austreibungsperiode. Die Fälle, die trotz mehrfacher Verabreichung von Pituitrin mit der Zange beendet werden mußten, sind nicht als Mißerfolge anzusehen, da die Geburt trotz kräftiger Wehen aus anderer Indikation beendet werden mußte. Sonst enthält die Arbeit nichts Neues. *Hieß* (Wien).

Litzenberg, Jennings C.: Pituitrin in obstetrics. With report of cases and warning against its promiscuous use. (Pituitrin in der Geburtshilfe. Mit Krankenberichten und Warnung vor seiner unterschiedslosen Anwendung). Saint Paul med. journal Bd. **15.** Nr. 8, S. 399—411. 1913.

Nach seinen Erfahrungen an 30 Fällen kommt Verf. zu folgender Wertschätzung des Pituitrins in der Geburtshilfe: 1. Pituitrin ist ein wertvolles Stimulans für uterine Kontraktionen. 2. Es ruft gewöhnlich keinen Abort hervor. 3. Es kann bisweilen Frühgeburt einleiten, ist aber nicht für diese Zwecke zuverlässig. 4. Die Resultate im ersten Geburtsstadium sind nur befriedigend, wenn die Portio verstrichen und der Muttermund beträchtlich erweitert ist. 5. Bei unerweitertem Muttermund ist es nicht zu empfehlen. 6. Es ist sehr wirkungsvoll im 2. Geburtsstadium. 7. Es ist von gewissem Werte im 3. Geburtsstadium, doch ist es hier nicht so wirkungsvoll wie im 2. 8. Auch in der Nachgeburtszeit besitzt es gewissen Wert, der jedoch nicht größer ist als der des Ergotin. 9. Seine nachgewiesene Bedeutung liegt in der 2. Geburtsperiode. 10. Unsere Kenntnis ist noch begrenzt und seine Anwendung nicht ohne Gefahr, daher ist es mit Vorsicht anzuwenden. In 1 Falle sah Verf. stürmische Wehen mit tetanischen Kontraktionen, ohne daß das Kind geschädigt wurde. *Vaßmer* (Hannover).

Milne, Charles, The pituitary gland and the uses of its extract in labour. (Die Hypophyse und die Verwendung ihres Extraktes beim Partus.) Indian med. gaz. Bd. **48,** Nr. **6,** S. 225—227. 1913.

Verf. gibt die genaue Anatomie und Histologie der Gland. pituitaria und eine kurze Übersicht über die Entstehung und Physiologie ihrer einzelnen Teile. Während der Schwangerschaft vergrößert sich die Drüse, und aus ihrem histologischen Bau kann man die Diagnose der Schwangerschaft stellen. Injektion eines Extraktes des Lobus posterior erhöht vorübergehend den Blutdruck, die Diurese und die Peristaltik des Darmes.

Von all diesen Wirkungen wird seit kurzem in der Medizin und besonders in der Geburtshilfe Gebrauch gemacht.

Verf. hat in 15 Fällen von Wehenschwäche Hypophysenextrakt (Burroughs und Wellcome) verwendet und war erstaunt über den glänzenden und sicheren Erfolg. Er hat nie nötig gehabt, die erste Injektion zu wiederholen, und glaubt, daß eine zweite Injektion nicht von neuem wieder Kontraktionen des Uterus hervorrufen würde. Nachteile hat er von dem Gebrauch der Hypophysenextrakte nie gesehen und vor allem keine tonischen Kontraktionen des Uterus — wie nach Ergotin — oder nachträgliche Atonie der Gebärmutter i. e. post-partum-Blutungen beobachtet. Zwei Krankengeschichten werden mitgeteilt von Fällen, in denen nach tagelang dauernder Wehentätigkeit das Kind einige Minuten nach einer Hypophysenextraktinjektion spontan geboren wurde.

Verf. verspricht sich viel von Versuchen mit Hypophysenextrakte zur Lösung der Frage nach den Ursachen des Geburtseintrittes und der gefahrlosen und schnellen Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *Lamers* (Amsterdam).

Mátyás, Mátyás: Über die Wirkung des Glanduitrin. (*Geburtshilfl. Klin. d. k. u. k. Franz-Josef-Univ., Klausenburg.*) Med. Klin. Jg. **9**, Nr. 29, S. 1164—1166. 1913.

Nebst Pituitrin und Pituglandol wurde Glanduitrin in 75 Fällen angewendet. Die Erfolge waren in allen Geburtsperioden zufriedenstellend und zwar ebensogut bei der Eröffnungsperiode bei stehender Blase wie bei vorzeitigem Blasensprung; nur in 2 Fällen ist die Wirkung beinahe negativ geblieben. Glanduitrin wurde meistens subcutan, in letzter Zeit auch intravenös injiziert. Die Wirkung nach subcutaner Injektion trat nach 4 bis 8 Minuten ein und dauerte maximal 40 Minuten, nach intravenöser Anwendung wurde die Gebärmutter schon nach 10—15 Sekunden steinhart und die Wirkung dauerte zumeist 20 Minuten. Beim Kaiserschnitt wurde Glanduitrin direkt in die Muskulatur der Gebärmutter injiziert, worauf sofort starke Kontraktion auftrat. Als größte Dosis wurden während 36 Stunden 5 Phiolen, d. h. 1 g gegeben. Unangenehme Folgen wurden nicht beobachtet. In keinem Falle konnte das Absterben der Frucht der Wirkung des Glanduitrins zugeschrieben werden. *V. Frommer* (Wien).

Summers, Ed.: Pituitrin. (Coles County med. soc., Charleston), 1. VII. 1913, Illinois med. journal Bd. **24**, Nr. 2, S. 127—128. 1913.

Nichts Neues.

Espeut, Germanus: Uterusruptur nach Pituglandol. (*Ev. Krankenh., Gelsenkirchen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1774. 1913.

34jährige Gebärende (Ende der Schwangerschaft, 7 normale Geburten, Kopf fest im Beckeneingang, Muttermund verstrichen) erhält wegen Wehenschwäche und drohenden Absterbens des Kindes 1,1 ccm Pituglandol Hoffmann-La Roche. Kein Erfolg. Nach $1^1/_2$ Stunden nochmals 1,1 ccm. Fünf Minuten später stürmische Wehen, Uterusruptur. Cervix rechts und links vollständig zerrissen, Corpus vorn quer abgerissen. Uterusexstirpation per lap., Drainage nach Scheide und beiden Weichen. Allgemeine eitrige Peritonitis; Exitus am 3. Tag. Kind tief asphyktisch, stirbt. Das Geburtshindernis war gegeben durch das Mißverhältnis zwischen Kopfumfang — $37^3/_4$ cm — und Becken — Conj. vera 10 cm. *Bischoff* (Düsseldorf).

Pierra, Louis: Bassin rachitique aplati et présentation du siège. (Rachitisch plattes Becken und Steißlage.) Journal des sages-femmes Jg. **41**, Nr. 15, S. 305 bis 307. 1913.

Ein Fall von Steißlage bei einer D. V. von 8,5 cm bei einer Primipara. Extraktion. Lebendes Kind. 3250 g. Es ist also in diesem Fall nützlich gewesen die Wendung auf den Kopf nicht zu machen. *Daels* (Gent).

Clivio, Innocente: Placenta previa. Arte ostetr. Jg. **27**, Nr. 14, S. 209—219. 1913. (Vortrag in Hebammen-Versammlung).

Vorliegende Plazenten zeigen häufig eine geringere Dicke und dabei vermehrte Flächenausdehnung. Die Gefahr liegt mehr in der Infektion, bedingt durch häufigere Untersuchungen, operative Eingriffe und Tamponaden, als in der Blutung. Die Gefahr der Infektion ist bei anämischen Frauen (infolge Malaria, Anchylostomiasis, perniziöser Anämie) eine besonders große. Die Tamponade ist nur als vorläufiges Blutstillungsmittel berechtigt, bis die Vorbereitungen zur Operation getroffen sind, oder die Frau in eine geburtshilfliche Anstalt gebracht werden kann. Als Behandlungsarten erkennt Clivio die Blasensprengung, die Metreuryse und die Wendung auf den Fuß an. Bei Plac. präv. centr. kommt der Kaiserschnitt, konservativ oder nach Porro, als Behandlungsart in Betracht. Die Mortalität nach Kaiserschnitt ist geringer als jene bei Plac.

präv. in der Klinik und beträgt nicht einmal die Hälfte von jener in der allgemeinen Praxis. C. empfiehlt bei multiparen besonders die Operation nach Porro, welche die Blutverluste im Wochenbett und spätere Graviditäten verhütet. Treten die Blutungen erst während der eigentlichen Wehentätigkeit auf, so sind die Aussichten wesentlich bessere, zumal es sich hier meist um Plac. präv. marginal. handelt und der Muttermund schon erweitert ist oder sich leicht dilatieren läßt. Bei Längslagen Blasensprengung, bei Querlage Wendung. Die kindliche Mortalität ist in den schweren Fällen stets eine sehr große. Das Leben der Mutter muß stets zuerst berücksichtigt werden. Infolge der Ablösung großer Teile der Placenta und der durch die Sachlage gebotenen Verzögerung der Extraktion sterben viele Kinder ab. Ist mit Sicherheit ein lebendes und auch lebensfähiges Kind zu konstatieren, würde C. auch mit Rücksicht auf dieses zum Kaiserschnitt raten. C. empfiehlt zum Schlusse nochmals den Hebammen, die Frauen mit Placenta prävia, auch wenn nicht unbedingt notwendig, in eine geburtshilfliche Anstalt bringen zu lassen und nicht mit wiederholten Tamponaden das Leben derselben zu gefährden. *Nebesky* (Innsbruck).

Cragin, Edwin B.: Under what conditions should uterine inertia be treated by artificial delivery? (Wann soll bei Wehenschwäche künstlich entbunden werden?) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 79—82. 1913.

Gefahren der Wehenschwäche für Mutter und Kind. Für die Mutter erhöhte Neigung zu Nachgeburtsblutungen und Infektion, besonders in der Austreibungszeit nach dem Blasensprung. Für das Kind Gefahr der Asphyxie durch den langdauernden Druck. In manchen Fällen genügen wehenanregende Mittel, Strychnin, Chinin und besonders das Pituitrin. Bei labilem Zustand des Nervensystems hat die protrahierte Geburt oft schädliche Nachfolgen für längere Zeit für die Mutter. Sorgfältige Kontrolle der kindlichen Herztöne notwendig, deshalb keine Seitenlagerung, sondern nur Rückenlage. Bei Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken: Kaiserschnitt. Bei Weichteilhindernissen: in der Austreibungszeit Forceps, bei rigider Cervix Metreuryse, die Verf. auch anwendet, wenn 24 Stunden nach dem Blasensprung die Geburt nicht in Gang kommt. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Fleming, J. L.: A case of puerperal eclampsia. (Ein Fall von Eklampsie.) Therap. rec. Bd. 8, Nr. 92, S. 208—210. 1913.

Gesunde 20jähr. I p. Eklampsie mit totaler Amaurose und schweren Exzitationszuständen. Forceps und Narkose. Heilung. Wiederkehr des Sehvermögens am 3. Tage. Kind starb an den Folgen von Forcepsverletzungen. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Nacke und Less: Kritische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei der Eklampsie mit einem Beitrag zur Aderlaßtherapie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 32, S. 1189—1191. 1913.

Verff. sprechen sich für die Schnellentbindung aus. Der Erfolg derselben beruht nicht nur auf dem Blutverlust wie beim Aderlaß. Entleerung des Uterus an sich, Entlastung der Bauchorgane vom Druck des Schwangerschaftsproduktes und Herabsetzung des intraabdominellen Gesamtdruckes spielen gleichfalls eine Rolle.

Die Gesamtmortalität bei 79 Fällen betrug 4 Fälle. Die Wochenbetteklampsien verliefen ohne Todesfall. Rein konservatives Verfahren mit primärem Aderlaß wurde nicht angewendet. Hingegen wurde davon bei Wochenbetteklampsien und auch zur Unterstützung bei aktiver Therapie in 24 Fällen Gebrauch gemacht.

Ein deutlicher Unterschied in den mit und ohne Aderlaß behandelten Fällen ließ sich bezüglich Zurückgang des Eiweißgehaltes im Urin und Zunahme der Diurese nicht feststellen. Auch reichlicher Aderlaß bringt keine Schwächung in dem Sinne hervor, daß im Wochenbett die Aderlaßeklampsien eine höhere Mortalität zeigten. *Hirsch.*

Mac Laren, Archibald: Aneurism of the internal iliac. Probably immediately following a severe instrumental delivery: operation and partial cure. (Aneurisma d. Iliaca interna, wahrscheinlich in unmittelbaren Anschluß an schwere operative Entbindung. Operation u. teilweise Heilung.) Ann. of surg. Bd. **58**, Nr. 2, S. 269—270. 1913.

Bonnet-Laborderie, A.: Sur un cas de présentation de l'épaule négligée traité par l'embryotomie rachidienne. (Ein Fall von vorliegender, eingekeilter Schulter; Extraktion des Rumpfes nach Durchtrennung der Wirbelsäule.) Journal des sages-femmes Jg. **41,** Nr. 13, S. 292—294. 1913.

Der Verf. hat in 5 Jahren dreimal eine Einkeilung der vorliegenden Schulter bei vernachlässigter Querlage beobachtet. In zwei Fällen gelang es ihm unter großer Mühe, die Hand an der Schulter vorbeizuführen, die Wendung auf die Füße zu machen und die toten Früchte zu extrahieren. In seinem dritten Falle war das nicht möglich, und er entschloß sich daher, die Halswirbelsäule zu durchtrennen. Nach Ablösung des Kopfes ließ sich der Rumpf an einem Arme leicht extrahieren, auch der im Uterus zurückgebliebene Schädel folgte bald, nachdem Bonnet-Laborderie zwei Finger in den Mund der Frucht gebracht und mit der anderen Hand einen Druck von oben ausgeführt hatte. *Bayer* (Köln).

Wochenbett:

Freeman, James V.: The incidence of malaria in the puerperium. (Vorkommen von Malaria im Wochenbett.) Southern med. journal Bd. **6,** Nr. 7, S. 429 bis 431. 1913.

Das Wochenbett scheint mehr als andere Krankheiten den Ausbruch der Malaria zu begünstigen, und zwar glaubt Verf., daß es sich mehr um Aufflackern einer latenten als einer neuen Infektion handelt, besonders bei Frauen, die einmal eine ungenügend behandelte Malariainfektion überstanden haben. Da die Differentialdiagnose zwischen Sepsis und Malaria schwankt, muß die Diagnose auf Malaria mit größter Sorgfalt gestellt werden. Als unterstützend kommen die folgenden Punkte in Betracht: 1. Das Fehlen irgendwelcher sichtbarer Zeichen von Sepsis; 2. Periodizität oder Auftreten des Fiebers zu einem bestimmten Zeitpunkt (am 3. oder 4. Tage); 3. Untersuchung des Blutes auf Plasmodien; 4. therapeutischer Erfolg des Chinins. Dieses Zeichen ist sehr wertvoll für die Diagnose. — Behandlung der Malaria wie außerhalb der Schwangerschaft. Bei schweren Infektionen vermindert sich die Milchsekretion. *Eisenreich* (München).

Good, Edwin S., and Lamert S. Corbett: Investigations of the etiology of infectious abortion of mares and jennets in Kentucky. (Untersuchungen über die Ätiologie des infektiösen Abortes bei Stuten in Kentucky.) (*Kentucky agricult. exp. stat., Lexington, Kentucky.*) Journal of infect. dis. Bd. **13,** Nr. 1, S. 53 bis 68. 1913.

Von der Nachgeburt, dem Herzblut der Frucht und aus dem Uterussekret in Fällen von epidemisch auftretendem infektiösem Abort bei Stuten konnte ein Bacillus gezüchtet werden, der zur Typhus-Koligruppe gehörend, dem Bacillus enteridis und dem Bacillus der Schweinecholera nahesteht. Zum Unterschied von dem bei Kühen die gleiche Erkrankung hervorrufenden Bacillus abortus Bang wird er Bacillus abortivus equinus genannt und morphologische und biologische Eigenschaften genauer charakterisiert. *Bondy* (Breslau).

Hahn, Gustav: Beitrag zur Atophantherapie unter Berücksichtigung der kombinierten Arzneiwirkung. Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 26, S. 367. 1913.

Hahn führt den in 2 Fällen von puerperabler Infektion erzielten günstigen Verlauf auf die gleichzeitige Verabfolgung von Kollargol per Klysma und Atophan in einer Dosis von 5 g pro die per os zurück. *Bondy* (Breslau).

Foetus und Neugeborenes:

Porcher, M. Ch.: Les qualités, que doit posséder un bon lait desséché au point de vue médical. (Welche Eigenschaften muß eine gute Trockenmilch vom medizinischen Standpunkte aus besitzen?) Arch. de méd. des enf. Bd. **16,** Nr. 6, S. 433—446. 1913.

Es gibt drei Methoden, die für die Herstellung einer guten Trockenmilch besonders in Frage kommen: 1. Das Verfahren, bei dem drehende Zylinder über 100° (bis ca. 150°) und 2. das, bei dem diese Cylinder nur bis auf 95—96° erhitzt werden, ferner 3. die Pulverisation konzentrierter Milch durch Heißluft. Durch diese Verfahren der Erhitzung der Milch wird der größte Teil der pathogenen Keime abgetötet. Trotzdem darf aber keineswegs unsaubere Milch oder Milch von kranken Kühen zur Herstellung

der Trockenmilch verwendet werden, denn die Toxine werden nicht zerstört. Um ein gutes Milchpulver zu erhalten, muß man gute, frische, von gesunden Kühen stammende Milch verwenden und diese möglichst bald nach ihrer Gewinnung verarbeiten. Ein frisches gutes Milchpulver hat einen angenehmen Kuchengeruch und sieht appetitlich aus. Wenn dasselbe aber noch zuviel Feuchtigkeit enthält, treten chemische Veränderungen des Fettes in dem Pulver ein, und es bekommt einen muffigen, ranzigen Geruch. Magermilchpulver hält sich daher erheblich länger. Im allgemeinen muß man verlangen, daß Vollmilchpulver sich 2—$2^1/_2$ Monate, Halbfettmilchpulver 3—4 Monate und Magermilchpulver 8—10 Monate frisch erhält. Mißerfolge, die bei Trockenmilchernährung beobachtet wurden, sind zum größten Teil auf verdorbenes, schlecht riechendes Milchpulver zurückzuführen. Ein gutes Milchpulver soll in heißem Wasser möglichst vollständig lösbar sein. Auf den in den Handel kommenden Büchsen soll der Grad der Feuchtigkeit (2—3%), der Fettgehalt und ev. der Gehalt des zugefügten Zuckers, die Art und das Datum der Herstellung verzeichnet sein. Der Preis der Trockenmilch kann geringer sein als der einer guten Kindermilch, weil die Kosten für Aufbewahrung und Transport bei der Trockenmilch geringer sind. Die Frage der Trockenmilchverwendung ist daher wichtig genug, um von Ärzten unparteiisch geprüft zu werden.

A. Reiche (Berlin).[K]

Cozzolino, Olimpio, Zur Frage: „Stillen bei Muttertuberkulose“. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61,** Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 221—241. 1913.

Wenn auch ein direkter Übergang von Tuberkelbacillen in die Muttermilch nur ganz ausnahmsweise beobachtet wurde, so ist doch erwiesen, daß Tuberkeltoxine durch sie ausgeschieden werden und beim Säugling chronische Enteritiden und Kachexie hervorrufen. Auch sind die Kinder tuberkulöser Mütter beim Selbststillen durch die direkte Berührung mit der Quelle des Kontagismus einer erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt; und da gegenüber verschwindend wenigen Fällen, wo tuberkulöse Mütter gesundheitlich gefördert worden, eine weit größere Zahl durch Stillen schwer geschädigt werden, so ist das Selbststillen tuberkulöser Mütter in jedem Falle zu widerraten.

Ehrenberg (Berlin).

Wertz, T. Howard: Milk in its relation to disease, especially infant mortality. (Zusammenhang zwischen Milch und Krankheit, und besonders Kindersterblichkeit.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 10, S. 810 bis 815. 1913.

Verf. bespricht die verschiedenen Ursachen von Erkrankung durch Milch, in welcher Weise man bisher versucht hat, diese Gefahren zu vermeiden, und die wichtigsten Punkte, worauf es dabei besonders ankommt. Die Art, in der die Milch gewonnen und zubereitet wird, sowie der Gesundheitszustand der Tiere, von denen sie stammt, spielen dabei natürlich eine Hauptrolle. Es werden mehrere Beispiele erwähnt von Typhus-, Scharlach-, Diphtherie- und Enteritisendemien, die durch den Gebrauch der Milch eines bestimmten Lieferanten verursacht wurden. Besonders für die Säuglingsernährung ist die Milchhygiene von der größten Wichtigkeit. In Neuyork sterben jährlich von 125 000 Neugeborenen innerhalb des ersten Jahres etwa 16 000 und von diesen mehr als 50% infolge unzweckmäßiger Ernährung. Verf. berücksichtigt in seinen Betrachtungen naturgemäß ausschließlich Zustände und Verhältnisse, wie sie in einigen Staaten und Städten von Amerika vorkommen. Um diese Zustände zu bessern, muß das Publikum sich mehr wie bisher Rechenschaft von den Gefahren geben, denen es sich durch den Gebrauch von nicht einwandsfreier Milch aussetzt. Es muß in dieser Richtung aufklärend gewirkt werden. Konsumenten und Produzenten sollten sich gegenseitig beeinflussen.

Lamers (Amsterdam).

Kotsis, K. G.: Abschälung der Haut des Kindes an verschiedenen Stellen durch allzu kräftige Uteruswehen (Krampfwehen), Atonie des Uterus. Tödliche Gehirnverletzungen des Kindes. Grèce méd. Nr. 10, S. 77. 1913. (Griechisch.)

30jährige II para. Erste Geburt normal. Die außerordentlich kräftigen Wehen waren sehr häufig, alle 1—2 Minuten. Die Herztöne des Kindes waren zu Beginn 140 pro Minute und sanken später bis auf 100—110 herunter. Eine halbe Stunde nach erfolgtem Blasensprung wird das Kind spontan, aber schwer asphyktisch geboren. Alle Wiederbelebungsversuche (Laborde, Sylvester, Schulze, Ribmont-Dessaignes) ohne Erfolg. Die Schuld an der Asphyxie haben die Krampfwehen. Das Kind hatte keinen Schleim aspiriert, weder im

Munde noch in der Luftröhre fand sich solcher. Außerdem stand der Kopf nicht zu lange im Beckenausgang. Die Ursache des Kindstodes war schwer festzustellen, da keine Lues, auch keine Bleivergiftung oder ähnliches vorlag. Da aber die Wehen sehr kräftig und häufig waren und lange anhielten, so haben sie als Trauma auf das Kind gewirkt. Hierauf sind auch die obenerwähnten Hautdefekte an verschiedenen Stellen des Kindes (Schulter, Brust, Kopf und Füße) zurückzuführen. Im kindlichen Schädel fanden sich Apoplexien. Daß die Wehen sehr kräftig und tetanisch waren, beweist auch die spätere Uterusatonie. Die Placenta wurde nach $2^1/_2$ Stunden mittels Crede exprimiert. *Sfakianakis.*

Pincus, Friedrich: Über Schädigungen des Auges durch Zangenentbindung. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20,** Nr. 29, S. 857—862. 1913.

Die Geburtsverletzungen des Auges sind seltene Erkrankungen. Bei Spontangeburten sind Schädigungen der Hornhaut der Iris sowie des Ciliarkörpers selten. In der Gegend des hinteren Augenpoles finden sich beim Neugeborenen häufig Netzhautblutungen, die rasch der Aufsaugung verfallen. Für ihre Entstehung werden der Druck auf den Schädel, die Kompression der Jugularvenen und die beim ersten Atemzug eintretenden Zirkulationsänderungen zur Erklärung herangezogen. Die bei Spontangeburten beobachteten Frakturen der Orbitalwand gefährden das Auge. Starke Blutungen in die Augenhöhle können Exophthalmus verursachen. Auch durch Hirnläsion können indirekt Augenschädigungen entstehen. Durch die Zangenanwendung werden die Gefahren für das kindliche Leben erheblich gesteigert, zumal wenn diese wie bei noch hochstehendem Kopf im frontooccipitalen Durchmesser angelegt wird. Namentlich ist das Abgleiten der Zangenlöffel von bösen Folgen begleitet. Trübungen der Hornhaut, die durch Zangenverletzungen entstanden sind, sind entweder diffus hauchige und verschwinden dann häufig, oder gesättigte tiefe, bandförmige, die meist dauernd bestehen bleiben. Den letzteren liegen Zerreißungen der Descemetschen Membran zugrunde, das eindringende Kammerwasser ruft dann Entzündungs- und Entartungsvorgänge hervor. Auch einseitiger hochgradiger Astigmatismus mit streifiger Trübung der Hornhaut wird auf diese Weise erklärt. Schwerere Zerreißungen der Hornhaut kommen gelegentlich zur Beobachtung. Auch die bei Zangengeburten häufig zu beobachtende Facialislähmung kann Lagophthalmus und Ulcerationen der Hornhaut verursachen. Durch den Zangendruck kommt es zu Blutungen in das Innere des Auges (Vorderkammer, Glaskörper, Ader- und Netzhaut) gelegentlich zur Startrübung und Luxation der Linse. Ganz seltene Komplikationen sind Zerreißungen der Iris, Hydrophthalmus und hämorrhagische Netzhautabhebung. Der Sehnerv wird durch die bei Zangengeburten nicht so seltenen Schädelbasisfrakturen gefährdet. (Knochensplitter, Druck durch einen Bluterguß.) Auf Knochenbrüche sind auch die schwersten Verletzungen des Auges, Exophthalmus, Herausdrängung des Augapfels, selbst Ausreißung desselben zurückzuführen. Verletzungen der Halsorgane können Augenstörungen indirekt veranlassen. Beschreibung eines Falles von Sympathicuslähmung durch Druck des Zangenlöffels am Ganglion cervicale. *Hiess* (Wien).

Höger, Walter: Ein verbesserter Aspirator. (*K. k. Univ.-Frauenklin., Graz.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. **7,** H. 15, S. 556—557. 1913.

Der Knappsche Aspirateur zum Ansaugen von Blut- und Schleimmassen bei asphyktischen Neugeborenen, der aus einem Trachealcatheter und einer zwischen ihm und dem Mundstück eingeschalteten kleinen Glaskugel besteht, läßt sich schwer reinigen und setzt außerdem der Gefahr aus, daß der Arzt die aspirierten Massen in den Mund bekommt. Statt der beiden engen an die Glaskugel angeblasenen Rohre hat Verf. auf der einen Seite der Kugel ein kurzes weites Rohr angebracht, in das ein durchbohrter Gummistöpsel paßt; durch die Durchbohrung wird das Mundstück des Apparates geführt. Der in den Hohlraum der Glaskugel ragende Teil des Mundstückes ist vorne geschlossen, trägt oben eine seitliche Öffnung, um die Aussaugung von Blut und Schleim in das Mundrohr zu vermeiden. *Rittershaus* (Koburg).

Facchin, Alberto: Un metodo pratico per la cura delle fratture del femore nel neonato. (Eine praktische Behandlungsmethode der Femurfrakturen bei Neugeborenen.) Arte ostetr. Jg. **27,** Nr. 13, S. 200—202. 1913.

Verf. empfiehlt einen ganz einfachen, in der Privatpraxis überall ausführbaren Extensionsverband: Das Kind wird in Rückenlage an einer gut gepolsterten Holzplatte befestigt, welche in ihrem oberen Teil so breit wie der Rumpf ist, mit einer schmäleren Partie dem frakturierten Bein entspricht und dasselbe nach unten etwas überragt. Auf die zu extendierende Extremität werden (nach Reposition der Fragmente) Heftpflasterstreifen angelegt, welche an der Fußsohle eine Schlinge bilden. Letztere wird mittels einer elastischen Schnur mit einem am unteren Ende der Holzplatte fixierten Steigbügel verbunden. Das Kind kann in seinem permanenten Streckverband bequem gestillt und leicht sauber gehalten werden. *Colombino* (Mailand.)

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Frankenau: Harnkrankheiten des Kindes. (Nürnberg. med. Ges. u. Poliklin. 24. IV. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1745. 1913.

Die Harnkrankheiten des Kindes — besonders der Säuglinge — werden oft nicht diagnostiziert, da es bei Kindern schwieriger ist, Harn zu erhalten. Doch läßt er sich in vorgelegten und mit Heftpflaster befestigten Glasgefäßen verhältnismäßig leicht auffangen. Die wichtigste Harnkrankheit der Säuglinge, speziell der weiblichen, ist die Cystitis, meist verursacht durch Kolibacillen, häufig auch durch Pyelitis kompliziert. Das charakteristische Symptom ist hohes Fieber und der Harnbefund. Therapie: Urotropin, Salol, wenn möglich natürliche Ernährung. Manchmal sind Blasenspülungen von Vorteil. Die orthotische Albuminurie ist eigentlich nicht als Krankheit zu bezeichnen. Nephritis kommt vor bei Säuglingen als Folge alimentärer Intoxikation, auch als Folge kongenitaler Lues. Die paroxysmale Hämoglobinurie ist fast immer luetischen Ursprungs und durch Schmierkur zu bekämpfen. *Runge* (Berlin).

Snow, Irving M.: Purpura, urticaria and angioneurotic edema of the hands and feet in a nursing baby. (Purpura, Urticaria und angioneurotisches Ödem der Hände und Füße bei einem Säugling.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 1, S. 18—19. 1913.

Die Erkrankung trat plötzlich auf bei einem gesunden, an der Brust genährten Kinde, bestand in Purpura, Urticaria und lokalisierten Ödemen an verschiedenen Körperstellen und hielt 10 Tage an. In den ersten Tagen litt das Kind außerdem an Obstipation jedenfalls infolge Ödems der Darmwand, doch traten keine Koliken auf wie bei Henochs Purpura. Die Erscheinungen in der Haut waren mit Ausnahme von Scrotum symmetrisch. Bemerkenswert ist, daß während der ganzen Dauer der Erkrankung keine Temperatursteigerung auftrat oder irgendwelche Erscheinungen von seiten des Darmes oder den Nieren beobachtet wurden. Eine Ursache für die Erkrankung vermag Verf. nicht anzugeben. *Wiemer* (Herne).

Pfender, Charles A.: Barlow's disease in an infant fed on pasteurized cow's milk. (Barlowsche Krankheit bei einem mit pasteurisierter Kuhmilch ernährten Kinde.) Med. record Bd. **83**, Nr. 16, S. 704—707. 1913.

Typischer Fall von Barlowscher Krankheit, der sich unter der angegebenen Nahrung entwickelte. Ohne Besonderheiten. *Lust* (Heidelberg).K

Neurologie und Psychiatrie:

Stoffel, A.: Neues über das Wesen der Ischias und neue Wege für die operative Behandlung des Leidens. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 25, S. 1365—1368. 1913.

Es ist unrichtig, den N. ischiadicus als ein Ganzes aufzufassen. Man muß an ihm, analog dem N. trigeminus, eine Menge motorischer und sensibler Bahnen unterscheiden. Die Erkrankungen der einzelnen Bahnen geben verschiedene klinische Bilder (Druckschmerzhaftigkeit, Auftreten und Verschwinden von Schmerzen bei Wechsel der Körperlage usw.). Da die verschiedenen Bahnen immer an derselben Stelle innerhalb des Nerven verlaufen, so ist es möglich, sie getrennt chirurgisch anzugreifen. Das Stoffelsche Modell des N. ischiadicus im Querschnitt zeigt die Lage der einzelnen Bahnen zueinander. Der Nerv wird freigelegt, die erkrankte Bahn auf eine Strecke mobilisiert und abgetragen; dann Neurexheirese des proximalen und distalen Endes. Die Erfolge dieser Operation sind gut. Die absolut anästhetische Zone ist überraschend klein. Die relativ anästhetische ist kurz nach der Operation größer, verkleinert sich aber im weiteren Verlauf. Niemals traten trophische Störungen oder subjektive Beschwerden durch die Anästhesie auf. In einem schweren Falle, der eine Skoliose zur Folge hatte, verschwand diese nach der Operation (Exstirpation der Nn. cutan. surae med. et lat. und ihrer Bahnen Juni 1912) ohne spezielle Behandlung. Der Patient ist seither absolut schmerzfrei. Bezüglich näherer Details verweist der Verf. auf spätere Veröffentlichungen. *Spitzy* (Wien).CH

Tronchin: Les fatiguées. (Die Ermüdeten.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21** (H. 7), S. 202—204. 1913.

Viele Frauen klagen über stets dauernde Ermüdung gepaart mit Kopfschmerzen ohne irgendwelche andere Krankheitserscheinungen. Verf. meint, es seien besonders Frauen ohne genügende geistige oder körperliche Beschäftigung. Die Menopause soll Linderung bringen.

Daels (Gent).

Gerichtliche Medizin:

Thorn: Das Intrapessar in foro. (Med. Ges., Magdeburg, 10. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1745. 1913.

Verf. berichtet über eine Gerichtsverhandlung in Sachen „Intrapessar" und spricht über die Unhaltbarkeit der Zustände, daß leider immer mehr Ärzte diese Instrumente, wie die Steriletts, Obturatoren usw. in die Uterushöhle einlegen und dieses Verhalten vor Gericht verteidigen. Es ist in der Literatur so oft und so eindringlich vor der Verwendung dieser Intrauterinpessare gewarnt worden, daß man bei denjenigen Ärzten, welche sie anwenden, schon nicht mehr Unkenntnis zur Entschuldigung annehmen kann. Es handelt sich nachgerade auch nicht mehr um eine wissenschaftliche, sondern um eine ethische Frage; der ganze ärztliche Stand wird geschädigt. Auf Thorns Antrag beschließt die Gesellschaft eine entsprechende Eingabe an die Ärztekammer, in der das Einlegen jener Instrumente in die Uterushöhle zur Verhütung der Conception als Kunstfehler charakterisiert und gewünscht wird, daß sich die Ärztekammer mit den übrigen in Verbindung setze, um bei den zuständigen Behörden ein energisches gesetzliches Einschreiten gegen den Vertrieb jener patentierten Instrumente baldigst zu bewirken.

Runge (Berlin).

Soziales. Statistik:

Hoffmann, Géza von: Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. 237 S. München, Lehmanns V. 1913. 4 M.

Die neueren Bestrebungen der „friedlichen, schmerzlosen Ausscheidung der geistig und körperlich Schwachen, der Kranken und Bösen unter gleichzeitiger Heranbildung des Menschengeschlechtes", kurz gesagt der Rassenhygiene gehen von dem modernen, von Darwin begründeten Entwicklungsgedanken aus. Aus diesem Grunde schickt Verf. seinem Werke eine kurze Darstellung der Grundlehren der Rassenhygiene unter diesem Gesichtspunkte voraus. Er gibt sodann im 2. Kapitel eine Übersicht der Verbreitung rassenhygienischer Ideen in den Vereinigten Staaten, wo diese Bestrebungen auf den denkbar günstigsten Boden gefallen sind. Die sozialen Fürsorgevereine der verschiedensten Richtungen und im weitesten Sinne interessieren sich hier für diese Frage, die Religionsgesellschaften haben sich ihr ebensowenig verschlossen, die Lebensversicherungsgesellschaften unterstützen sie, auf den Hoch- und Volksschulen werden Vorträge über Rassenschutz gehalten, in ähnlicher Weise finden solche öffentlich in allen größeren Städten statt, Privatinstitute stellen rassenhygienische Forschungen an, von denen die Untersuchungen der Eugenics Record Office und der Field Workers Beachtung verdienen u. a. m. Die Behörden schließen sich auch nicht aus; sie nehmen im Gegenteil regen Anteil an der Förderung der Rassenhygiene, wie die zahlreichen Eheverbote und Gesetze über die Verhütung der Fortpflanzung lehren. Mit diesen beschäftigt sich Verf. in dem vorliegenden Werke eingehender. Zunächst stellt er im 3. Kapitel die Ansichten maßgebender Persönlichkeiten zusammen, die für eine Regelung im rassenhygienischen Sinne eintreten, und sucht die hiergegen erhobenen Einwände zu widerlegen. Bald wird behauptet, daß die betreffenden Maßregeln noch zu verfrüht wären, daß man sich vielmehr zur Zeit noch auf die Vorarbeiten beschränken müsse, bald, daß die Eheverbote der Rassenhygiene die Unsittlichkeit förderten, insofern sie zur Steigerung der unehelichen Geburten führten, bald, daß Minderwertige sich um die aufgestellten Gesetze nicht kümmern würden, daß Eheverbote überhaupt ganz undurchführbar wären, ferner daß entartete Familien sowieso von selbst erlöschen u. a. m. Sodann schildert Verf. den augenblicklichen Stand der Ehegesetzgebung in den Ver-

einigten Staaten. 24 Staaten erkennen als Ursache nur fünf Einschränkungsgründe an: Mangel an Verständnis, Geisteskrankheit, Schwachsinn, Imbezillität und Idiotie, dagegen neun von ihnen haben noch strengere Vorschriften erlassen (Connecticut, Kansas, Indiana, Michigan, Minnesota, New Jersey, Ohio, Utah und Washington), insofern sie ihre einschränkenden Gesetze auch noch auf Epilepsie, Geschlechtskrankheiten, ein Lastfallen zur Armenpflege, Alkoholismus, gewohnheitsmäßiges Verbrechertum, Lungenschwindsucht im vorgeschrittenen Stadium und übertragbare Krankheiten ausdehnen. 13 Staaten kennen überhaupt keine einschränkenden Ehegesetze, 2 fordern Gesundheitszeugnisse. (Nord-Dakota und Oregon.) Des weiteren läßt sich Verf. darüber aus, wie die Einhaltung der Verbote angestrebt und wie weit das erstrebte Ziel dadurch erreicht wird. Leider, muß man sagen, entspricht der Erfolg den gehofften Erwartungen nicht, wie die beigebrachten Urteile besagen. In der Hauptsache beruht der Mißerfolg darauf, daß die Entscheidung, ob jemand gesetzlichen Anforderungen genügt, auf Grund der eigenen eidlichen Aussagen der Verlobten erfolgt. Daraufhin wird die Erlaubnis zur Trauung erteilt. Ob häufig der Fall eintritt, daß Heiratskandidaten, die unter das Verbot zu kommen glauben, ihre Ehe in einem Nachbarstaate, wo keine Verbote bestehen, eingehen, läßt sich schwer sagen. Als eine Förderung der rassehygienischen Bestrebungen ist noch die Tatsache zu erwähnen, daß in mindestens 32 Staaten der Union eheliche und außereheliche Vermischungen zwischen Weißen und Schwarzen unter schwere Strafe gestellt sind. Von den verschiedenen Mitteln der Unfruchtbarmachung der Minderwertigen — hierunter will Verf. auch Personen verstanden wissen, die in Europa vielfach noch als normal gelten, denn in Amerika, wo man den Durchschnitt der geistigen Fähigkeiten viel höher annimmt als bei uns, wird dieser Begriff viel weiter gefaßt —, über die das 4. Kapitel handelt, verdient als bestes für das männliche Geschlecht die Durchschneidung der Samenleiter, für das weibliche die Salpingektomie genannt zu werden. Auch hier nimmt Verf. Stellung zu den Bedenken, die gegen solche Sterilisierung erhoben worden sind. Er kennzeichnet sodann den augenblicklichen Standpunkt der gesetzlichen Maßnahmen für das Unfruchtbarmachen in Nordamerika, die bereits bis auf das Jahr 1855 zurückreichen, den Inhalt der darauf bezüglichen Gesetze und schließlich noch die Durchführung dieser Gesetze. — Da eine Durchführung der Rassenhygiene eine Regelung der Wanderbewegung nicht entbehren kann, so widmet er im 5. Kapitel noch einige Betrachtungen der „Auslese der Einwanderer“ in den Vereinigten Staaten, die hier sehr scharf betrieben wird. Über die Einwanderung sind nämlich strenge Gesetze erlassen worden, die eine ganze Reihe minderwertiger Klassen ausschließen. Tabellen geben eine Übersicht über die Auslesetätigkeit der Behörden seit dem Jahre 1892. In 20 Jahren verwehrte Amerika 190 000 minderwertigen Einwanderern den Aufenthalt im Lande und warf sie wieder in ihr Heimatland zurück. Mit der Zeit wurden diese Auslesebedingungen immer schärfer. — Im Anhange sind dem interessanten Werke der Wortlaut des Ehegesetzes in Michigan, und der Gesetze über das Unfruchtbarmachen in den verschiedenen Staaten sowie ein ausführliches Verzeichnis der einschlägigen Schriften (927 an Zahl!) beigegeben. *Buschan* (Stettin).

Heller: Geschlechtskrankheiten und Eherecht. (11. Jahresvers. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh., Breslau 21. VI. 1913.) Mitteilg. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 11, Nr. 4, S. 61—62. 1913.

Die deutsche Rechtsprechung ermöglicht Lösung des Verlöbnisses und Trennung der Ehe bei Geschlechtskrankheit; sie fordert nicht Offenbarungspflicht voreheliche Infektion vor Eingehung der Ehe, sieht aber in der Unterlassung der Offenbarung der Geschlechtskrankheit als einer wichtigen persönlichen Eigenschaft einen Grund zur Anfechtung der Ehe. Hierbei werden Syphilis und Gonorrhöe, infektiöse und nichtinfektiöse Stadien nicht unterschieden; vor allem wird die relative Heilung (eine absolute ist mit juristisch geforderter Sicherheit nicht festzustellen) nicht berücksichtigt. Hieraus kann sich ein erhebliche Steigerung der Ehescheidungen und ein Fernbleiben wertvoller Elemente von der Eheschließung ergeben. Um dies zu verhindern, wäre zu

erstreben, daß nur die zurzeit noch infektiöse resp. gefährliche Geschlechtskrankheit als erhebliche, dagegen die relativ geheilte als unerhebliche persönliche Eigenschaft erklärt würde. *Bischoff* (Düsseldorf).

David: Geschlechtskrankheiten und Eherecht. (11. Jahresvers. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh., Breslau 21. VI. 1913.) Mitteilg. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. **11**, Nr. 4, S. 62—63. 1913.

Landgerichtsdirektor David bespricht die juristische Seite der Frage. Geschlechtskrankheiten des einen Teils bilden bei Verlobten einen wichtigen Grund für den Rücktritt des anderen. Ungeheilte vor der Ehe erworbene Geschlechtskrankheit gilt allgemein als ausreichender Anfechtungsgrund (Irrtum § 1333 BGB.; arglistige Täuschung § 1334). Ist aber die Möglichkeit einer Ansteckung nach menschlichem Ermessen beseitigt, so wird von den Gerichten mehr und mehr die Anfechtungsklage abgewiesen. War die Geschlechtskrankheit des einen Teils dem anderen vor der Ehe bekannt, oder hat der Anfechtungsberechtigte nach Entdeckung des Irrtums die Ehe bestätigt, so ist Anfechtung ausgeschlossen (§ 1337a). Ist die Anfechtung der Ehe wirksam geworden, so ist Bestätigung der Ehe nicht mehr möglich (§ 1343). Scheidungsgrund (§ 1568) ist Geschlechtskrankheit nur, wenn in der Ehe durch Verkehr mit dritter Person erworben und zwar selbständig neben dem etwa verziehenen Ehebruch. Der Begriff der „relativen Heilung“ ist juristisch unbrauchbar. Änderung der Gesetzgebung erscheint nicht geboten. *Bischoff* (Düsseldorf).

Marcuse, Julian: Geschlechtskrankheiten und Bevölkerungsproblem. (11. Jahresvers. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh., Breslau 21. VI. 1913.) Mitteilg. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. **11**, Nr. 4, S. 57 bis 59. 1913.

Die sinkende Geburtsziffer der Kulturvölker erklärt sich aus der durch die wirtschaftlichen und sozialen Umwälzungen der letzten Jahrzehnte bedingten Umformung der Denk- und Lebensgewohnheiten der Bevölkerung und ist also eine gewollte. Daneben spielen Kindersterblichkeit und Geschlechtskrankheiten eine Rolle. Erstere wird ausgeglichen durch eine erhöhte Lebenserhaltung der Säuglinge; für die zweite fehlt irgendwelcher rassedienlicher Ausgleich. Bekämpfung der Sexualseuchen ist daher eine der wichtigsten Aufgaben der Rassenhygiene. Eine wirksame Prophylaxe ist undurchführbar ohne Anwendung von Schutzmitteln. Selbst die hierin liegende gleichzeitige Konzeptionsbeschränkung kann an der Auffassung von dieser Bedeutsamkeit der Schutzmittel nichts ändern. Die Verminderung der Geburtsziffer ist, soweit sie nicht sozialpathologischen Ursprungs ist, weder als Degenerationszeichen noch als Rassenselbstmord anzusehen. *Bischoff* (Düsseldorf).

Blaschko: Geschlechtskrankheiten und Bevölkerungsproblem. (11. Jahresvers. d. dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Breslau 21. VI. 1913.) Mitteilg. d. dtsch Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 11, Nr. 4, S. 59—60. 1913.

Die mit Zunahme der Großstädte zunehmenden Geschlechtskrankheiten üben einen ständig wachsenden Einfluß auf die Abnahme der Geburtenfrequenz aus. Der Kampf gegen die Schutzmittel, weil sie zugleich auch antikonzeptionell wirken, ist aussichtslos. Die Tendenz zur Kleinhaltung der Familie ist an sich nicht ohne weiteres zu verurteilen, weil sie der Überproduktion entgegenarbeitet und Höherwertung des Einzellebens und bessere Lebenshaltung der Gesamtheit zur Folge hat. Sie ist nicht bedenklich, so lange die Verminderung der Säuglingssterblichkeit anhält. Einer Übertreibung dieser geburtenbeschränkenden Tendenz kann nur durch wirtschaftliche und soziale Maßnahmen (Verhütung der Landflucht, Schaffung besserer Lebensbedingungen für die Städter) gesteuert werden. *Bischoff* (Düsseldorf).

Steiger, Max: Über den Einfluß des Klimas und der Rasse auf das weibliche Geschlechtsleben. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43**, Nr. 28, S. 869—877. 1913.

Auf der ganzen bewohnten Erde tritt im allgemeinen die erste Menstruation zwischen dem 12. bis 16. Lebensjahre auf. Klima und Rasse sind dabei von geringerem Einfluß,

als das Milieu, die geistige Erziehung, Anregung, Lektüre und gesellschaftliches Leben. Bei günstigen äußeren Verhältnissen tritt die Periode früher ein; Großstädterinnen sind um ca. ein Jahr eher geschlechtsreif als die Landmädchen derselben Gegend. Von Wichtigkeit ist die Ernährung; je fett- und fleischreicher die Nahrung, desto früher die erste Periode. Schwere körperliche Arbeit hemmt die geschlechtliche Entwicklung, vorzeitige sexuelle Betätigung beschleunigt sie. Bei einigen unzivilisierten Völkern sind die Mädchen deshalb so früh geschlechtsreif, weil sie verfrühten Geschlechtsverkehr ausüben; sie gebären demzufolge sehr jung, verblühen dann aber umso eher, während bei den zivilisierten Frauen das Klimakterium um so später einzusetzen pflegt, je frühzeitiger die erste Menstruation auftrat. *Ehrenberg* (Berlin).

Maurel, E.: Contribution à l'étude de l'eugénisme. État de la question, définitions, ses caractères, ses principes. (Beitrag zur Lehre des Eugenismus.) Médecin pratic. Jg. **9,** Nr. 13, S. 200—202. 1913.

Berkusky, H.: Der Einfluß abergläubischer Vorstellungen auf das wirtschaftliche und soziale Leben der Naturvölker. Art. 2. Zeitschr. f. Sozialwiss. Jg. **4,** H. 8/9, S. 567—584. 1913.

An der Hand zahlreicher Beispiele wird dargetan, wie das ganze Denken und Handeln des Naturmenschen unter dem Einflusse des Aberglaubens steht, dessen lähmender Druck vielleicht mehr als alles andere bei den meisten primitiven Völkern die Entwicklung einer höheren Kultur verhindert hat. *Jaeger* (Leipzig).

Hanauer, W.: Soziale Hygiene. (Alkoholismus, Morphinismus, Irrenpflege, Fürsorgeerziehung. § 175 R. St. G.) Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 33, S. 913 bis 915 u. Nr. 34, S. 940—947. 1913.

Levrat, Étienne: Ligue contre la mortalité infantile (Section de la Haute-Garonne). Année 1912. Rapport. (Bund z. Bekämpfung der Kindersterblichkeit.) (Soc. de méd. de Toulouse.) Arch. méd. de Toulouse Jg. **20,** Nr. 15, S. 163—169. 1913.

Ungermann, E.: Bericht über die Tätigkeit des Untersuchungsamtes für ansteckende Krankheiten am hygienischen Institut der Universität Halle im Jahre 1912. Hyg. Rundsch. Jg. **23,** Nr. 16, S. 957—977. 1913.

Hanssen, Peter, Mehr Fürsorge für eheliche Säuglinge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5,** H. **6,** S. 222—228. 1913.

Hanssen zeigt an der Hand von Tabellen, daß die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge in einer Reihe von Bezirken höher ist, als die der unehelichen in andren Bezirken. Derartige Verhältnisse finden sich sowohl auf dem Lande, wie in der Stadt; sie hängen lediglich von der Säuglingsfürsorge in den einzelnen Bezirken ab. Natürlich ist es ebenso leicht nachzuweisen, daß auch die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge zu verbessern ist. Zu diesem Behufe genügen die bisher vorhandenen Fürsorgemaßnahmen, während zur Verbesserung der ehelichen Sterblichkeit neue Maßnahmen getroffen werden müssen. Hierzu gehören: vermehrte Stillpropaganda durch mündliche Belehrung und Beispiel, Ausdehnung der Krankenkassenversorgung, Mutterschaftsversicherung, ausgiebigere Fürsorge durch die Gemeinde, ohne daß dies als Armenunterstützung angesehen wird, Gewährung unentgeltlicher Milch, Stillprämien, unentgeltliche Krankenhausaufnahme, Anstellung von Kinderärzten an Krankenkassen usw. H. fürchtet von den jetzigen Bestrebungen eine weitgehende Zunahme der unehelichen Geburten mit ihren bekannten Schäden für die Allgemeinheit. *Frankenstein.*

Grassi, Giovanni, La tutela igienica della prima infanzia e il funzionamento dell'ispettorato V° della beneficenza baliatica nei primi sei anni. (Fürsorge für die Neugeborenen und die Tätigkeit des V. Bezirks der Mutterberatungsstelle in Mailand während der 6 ersten Jahre.) Arte ostetr. Jg. **27,** Nr. 8, S. 113—124 u. Nr. 9, 136—139. 1913.

Allgemeine Bemerkungen über Kinderkrippen, Gouttes de lait. Säuglingsernährung usw. *Wiemer* (Herne).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band II, Heft 15. S. 721—784

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Moore, B. S.: Imperfect development a factor in genesis of diseases of women. (Entwickelungsstörungen als Ursache von Frauenleiden.) Journal rec. of med. Bd. **60**, Nr. 4, S. 148—156. 1913.

Verf. meint, daß mit Ausnahme von Infektionen und schlechter Geburtsleitung alle Frauenleiden direkt oder indirekt auf Störungen in der Entwickelung während der Pubertät zurückzuführen sind, und empfiehlt dementsprechend, bei der Erziehung junger Mädchen mehr Gewicht auf gesundheitsfördernde Momente (Bewegung im Freien, Sorge für regelmäßigen Stuhlgang usw.) zu legen als auf geistige Überanstrengung in geschlossenen Räumen; die „Gehirnentwickelung" soll der körperlichen Entwickelung erst folgen. Wenn ein Mädchen körperlich kräftig, gut entwickelt und gesund ist, so sind auch die Generationsorgane allen Anforderungen, besonders denen der Geburt, gewachsen. Von der prophylaktischen Beherzigung seiner Grundsätze erhofft Verf. eine Zunahme von Gesundheit und Glück nicht nur bei den einzelnen Individuen, sondern auch für Haus und Familie. *Schmid* (Prag).

Hansen, Th. Begtrup: Über prämenstruelle Temperatursteigerungen. (*Oeresund-Krankenh., Kopenhagen.*) Brauers Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **27**, H. 3, S. 291 bis 310. 1913.

Vor der Pubertät und im Klimakterium zeigt die Temperaturkurve der Frau den männlichen Typus, d. h. fast parallelen Verlauf der Morgen- bzw. Minimaltemperatur mit der Kurve der maximalen Tagestemperatur. Während ihres cyklischen Lebens findet sich dagegen ein Wellenberg vor der Menstruation und ein Wellental nach derselben, und zwar gibt die Minimalkurve einen größeren Ausschlag als die Maximalkurve, so daß der postmenstruelle Typus bei niedriger Minimaltemperatur eine recht bedeutende Tagesamplitude, der prämenstruelle dagegen bei erhöhter Minimaltemperatur eine verhältnismäßig geringe Tagesamplitude aufweist. Während des 1. Drittels der Gravidität zeigt die Temperatur prämenstruellen Typus, fällt dann langsam ab, um sich in der letzten Hälfte der Gravidität dem postmenstruellen Typus zu nähern, jedoch mit recht geringer Tagesamplitude. Periodische Schwankungen zeigen die Kurven Gravider nie. Im normalen Puerperium fand sich bei stillenden Frauen eine geringe Steigerung der Abend-, eine bedeutende Steigerung der Morgentemperatur. Für die Zeiten mit prämenstruellem Typus weist eine Reihe von Untersuchungen auf Vermehrung des Eiweißstoffwechsels, diese verursacht also wahrscheinlich die Temperatursteigerung. Die im Vergleich zur Abendtemperatur stärkere Zunahme der Morgentemperatur erklärt sich dadurch, daß hier eine bedeutende Steigerung ohne Schädigung des Organismus erfolgen kann, dort aber die wärmeregulierenden Faktoren in Funktion treten. Möglicherweise wird auch die Ruheperiode des Organismus in Zeiten stärkerer Inanspruchnahme verkürzt, so daß sich der Zeitpunkt des tatsächlichen Temperaturminimums verschiebt. Daß die prämenstruellen Zeitpunkte und gerade die erste Hälfte der Gravidität kritisch für die Tuberkulose sind, beruht wohl auf dem vermehrten Eiweißstoffwechsel. Tritt eine Menstruation ein, ohne daß die Temperatur irgendeinen Ausschlag zeigt, so weist dies vielleicht auf das Fehlen der Stoffwechselreaktion hin. (Zahlreiche Abbildungen von Kurven und ausführliche Literaturangaben.) *Hölder* (Tübingen).

Dalché: Amenorrea della pubertà. (Amenorrhöe zur Zeit der Pubertät.) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34,** Nr. 79, S. 817—819. 1913.

Nach Mitteilung von zwei einschlägigen Fällen bespricht Verf. ausführlichst die Wirkungen der Seebäder auf die Menstruation. Er empfiehlt Badekuren am Meere. Kontraindiziert sei der Aufenthalt am Meere für Nervöse, leicht Erregbare, sowie für Frauen, bei denen man eine Hyperfunktion der Ovarien annehmen kann. Besonders gefährlich sei der Aufenthalt am Meere für Leute mit beginnendem Basedow und allen Formen von Hypertrophie der Schilddrüse. Bei solchen Frauen könne es zu ganz fürchterlichen Uterusblutungen kommen. Ein Bad im Meere während der Periode kann zur sofortigen Unterbrechung derselben führen. Dalché empfiehlt bei Amenorrhöe und Dysmenorrhöe die kombinierte Medikation von Schilddrüsen und Ovarienpräparaten. Kann man Frauen mit Unterfunktion der Ovarien nicht ans Meer schicken, so empfiehlt er kräftige kalte Duschen an einzelne Körperstellen durch 15 Sekunden, rasches Frottieren und Verbleiben in einem gewärmten Bette durch eine Viertelstunde. Länger dauernde kalte Bäder erzielen keine Kongestion im Becken, sondern eine Vasokonstriktion. Während der Periode sind hydrotherapeutische Maßnahmen auszusetzen. Bemerkungen über die Wirkungen des Gebirgsklimas und des Sportes auf die Funktionen der weiblichen Keimdrüse schließen den Artikel. *Hofstätter* (Wien).

Grubbe, Emil H.: Treatment of dysmenorrhea with faradic electricity. (Behandlung der Dysmenorrhöe mit dem faradischen Strom.) Med. brief. Bd. **41,** Nr. 7, S. 417—422. 1913.

Apostoli hat 1858 zum erstenmal den faradischen Strom zur Behandlung der Dysmenorrhöe verwendet. Grubbe glaubt, daß die Ursache der meisten Dysmenorrhöen in einer Endometritis gelegen sei, die einen Spasmus des inneren Muttermundes hervorrufe, welcher naturgemäß besonders dann Erscheinungen macht, wenn sich der Uterus mit Blut füllt; daher erscheint ihm eine Stärkung der muskulären Anteile des Uterus zur Ermöglichung der Austreibung angesammelter Blutmassen die wichtigste Aufgabe der Therapie zu sein. Durch Stärkung der muskulären Elemente der Genitalorgane glaubt G. auch Knickungen und Verlagerungen der Gebärmutter, sowie Senkungen der Scheide, Hypoplasien des Uterus, Amenorrhöen und die Sterilität in vielen Fällen heilen zu können. Er benützt meist einen faradischen Strom, der 20mal in der Minute unterbrochen wird. Von zwei verschiedenen Anwendungsformen besteht die eine, womöglich immer anzuwendende Methode in der intrauterinen Anlegung der Elektroden, die andere in extrauteriner Anlegung. Zur ersteren hat er eine Sonde konstruiert, die 2 voneinander isolierte Metallringe trägt, von denen einer ganz ins Corpus zu liegen kommt, der andere dem inneren Muttermund anliegen soll. Bei der extrauterinen Anwendung kommt ein Pol an die Portio uteri, der zweite, inaktive Pol in das Rectum, dem Uterus angepreßt. Die Sonden müssen vorgewärmt sein und selbstverständlich steril eingeführt werden; als Gleitmittel wird sterile Glyzerin oder Traganth empfohlen, da Vaselin oder Öl schlechte Leiter für die Elektrizität sind. Jede Sitzung dauert 8—10 Minuten, wobei man sich mit dem Strome bis zu eben noch erträglichen Höhen einschleichen muß. Die Behandlung findet jeden zweiten Tag durch 1—6 Monate statt. Genaue Mitteilung von 4 Fällen. *Hofstätter.*

Dalché, Les dysménorrhées dites essentielles et leur traitement. (Die sog. essentiellen Dysmenorrhöen und ihre Behandlung.) (*Hôtel Dieu.*) Progrès méd. Jg. **44,** Nr. 25, S. 329—333. 1913.

Dalché befaßt sich in diesem Artikel ausschließlich mit jenen Fällen von Dysmenorrhöe, bei denen sich für diesen Zustand keinerlei anatomischer Befund als Ursache auffinden ließ. Ausführliche Mitteilung von 6 Fällen.

1. 30jährige Frau, Mitralfehler, sekundäre Geschlechtscharaktere voll entwickelt, Mammae und Thyreoidea gut entwickelt; nie gravid. Der Uterus ist klein, der Muttermund genügend offen. 0,025 pulverisierte Thyreoidea durch je 10 Tage vor der Periode. Heilung. — 2. 21jährige Frau mit normalen weiblichen Formen. Außer der Dysmenorrhöe schmerzhafte Vergrößerung der Brüste zur Zeit der Periode. Thyreoidea wenig entwickelt, Druckpunkte auf der Brust.

Uterus normal. Pulverisierte Thyreoidea. Heilung. — 3. 34 jährige Frau leichte Fettsucht. Medikation von Thyreoidea und Ovarium. Besserung. — 4. 35 jährige Nullipara; kleiner Uterus und kleine Ovarien. Besserung auf Thyreoideapräparate. — 5. Mitteilung eines Falles, in dem die Dysmenorrhöe als epileptisches Äquivalent angesehen wurde und in dem später auch wirklich epileptische Anfälle auftraten. — 6. Ein Fall von Dysmenorrhöe auf anscheinend hysterischer Grundlage.

D. bespricht ausführlich die Symptomatologie der prämenstruellen, menstruellen und intermenstruellen Dysmenorrhöen, ihre Beziehungen zur Neuralgia ileo-lumbalis, zur Pseudoappendicitis, zur konkomitierenden Leukorrhöe usw. Als Ursache der essentiellen Dysmenorrhöe werden Unterentwicklungszustände des Uterus und der Ovarien angenommen (Straffheit der Capsula albuginea, Schwierigkeit des Reißens des Eibläschens, infantile Verhältnisse der Ovarien, sklerotische oder cystische Veränderungen derselben, in einzelnen Fällen tuberkulöse Reizzustände und Veränderungen der Ovarien, wie sie bei Arthritikern und Gichtikern gefunden werden; Apoplexien in den Ovarien, kleine Hämatocelen zur Zeit der Periode, Membranenbildung im Uterus und spastische Kontraktionen desselben). Nach der Annahme von Lévi und Rothschild, daß die Thyreoidea in nahen Beziehungen zu den Störungen in der Funktion der Geschlechtsdrüse stehe, fand auch D., daß sich in seinen Fällen meist ein Hypothyreoidismus mit einem Hypoovarismus verbinde. Er gibt daher täglich 0,025 bis 0,05 g Pulver von Schilddrüsen. Allmählich gibt er diese Mengen nur mehr einige Tage vor der Menstruation. Eine wesentliche Unterstützung bei der Bekämpfung der Schmerzen sieht er in dem Gebrauche von Antipyrin-Laudanum-Klysmen in Verbindung mit Brom. *Hofstätter* (Wien).

Marchionneschi, O.: Mestruazione e metranodina. (Menstruation und Metranodina.) Rass. di clin., terap. e scienz. aff. Jg. **12,** Nr. 7, S. 205—214. 1913.

Metranodina, von Prof. Serono hergestellt, ist eine Verbindung von Hydrastis Cannadensis, Viburnum prunifolium, Cannibis indica und Ergotin. Auf Grund von 8 genau mitgeteilten und 12 nur erwähnten Fällen empfiehlt Autor das Präparat enthusiastisch bei allen möglichen Störungen der Menstruation. *Hofstätter* (Wien).

Eccles, R. G.: Disease and genetics. (Krankheit und Artentwicklung.) Med. record Bd. **84,** Nr. 5, S. 189—197. 1913.

Die Eigenschaften jedes Stoffes sind Eigenschaften seiner Moleküle. Daher ist wohl das Molekül als Träger der Vererbung anzusehen. Die Erscheinung gewisser Eigenschaften höherer Wirbeltiere repräsentiert entweder einen Sprung in der Entwicklung, also ein Wunder, oder eine Fortbildung von molekularem Charakter. Die geheimnisvolle Kraft der Formenbildung ruht in den Molekülen unsichtbar (Wasser-Eisblumen, Pflanzenwuchs), ähnlich der Macht gleicher und ungleicher Pole. „Die Frage der Vererbung ist von dem Chemiker zu lösen!" (Schäfer). Die Chemie zeigt, daß Metalle, Zucker, Fette nicht die Träger der spezifischen Eigenschaften in Tier- und Pflanzenwelt sind, so daß nur die Proteine in Betracht kommen. Die ungeheure Zahl der Kombinationen von Protein-„Bausteinen" (Aminoaciden) ermöglicht die zahllose Artenbildung (Guyer, Kossel). Die Aminoacide, durch Enzyme und Amboceptor zu Molekülen zusammengefügt, heißen dann Proteine. In der Entdeckung der Art und Zeit ihres Aufbaues hat Emil Fischer mit der Bildung seiner Polypeptide die ersten Schritte getan. Die Hydrolyse setzt die Aminoacide frei (Taylor). Die Bildung der Proteine, der Träger von Eigentümlichkeit und Vererbung bewirkt nach Kossel der Zellkern resp. sein Nuclein, das durch die Assimilationsprozesse wächst (Chittenden, Mann, Minchin). Schilderung der Mitose. Gewinnung von spezifischen Präcipitinen durch Injektion artfremden Blutes, ein chemischer, nicht physikalischer Prozeß! Forensischer Blutnachweis! Die Unterschiede zwischen der Fällbarkeit menschlichen und tierischen Serums zeigen die geringere Proteinentwicklung der betreffenden Tierrasse seit Abstammung von den gemeinsamen Ahnen. Serum durch Elefantenblut immunisierter Tiere wirkte präcipitierend, auf Blut ausgegrabener Mammute! — Die Beobachtung der Unterschiede in den Krystallen der Hämoglobinmoleküle bei verschiedenen Spezies und Genera ermöglicht die Ver-

gleichung ihrer Unterschiede. Sehr nahe liegt die Annahme, daß die von Krankheitskeimen befallenen Substanzen dieselben sind wie die, deren Struktur während der Phylogenese sich ändert, also die Proteine. *Mohr* (Berlin).

Heile, B.: Der epidurale Raum. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H. 4, S. 845 bis 877. 1913.

Verf. hat umfassende Studien über die Anatomie und Topographie des epiduralen Raumes angestellt. Es würde zu weit führen, im Referate auf Einzelheiten einzugehen, das wesentlichste ist, daß der epidurale Raum in der Mitte eine, wenn auch dünne Scheidewand hat, daß er in seiner ganzen Länge vom Hinterhauptsloch bis zur Höhe des zweiten Sacralwirbels sagittal in zwei Hälften geteilt wird. Es sprechen aber auch Bilder dafür, daß der epidurale Raum nicht am Hinterhauptsloch aufhört, sondern sich fortsetzt im Schädelinnern bis zum Ansatz des Tentoriums. Heile hat nun vom Foramen sacrale aus Injektionen gemacht, und es ist auch gelungen, durch entsprechende Haltung der Nadel einseitige Beeinflussung und Anästhesie der Nerven zu erzielen. Er hat auch versucht, durch die Foramina intervertebralia einseitige Anästhesien zu erzielen, einige Male ist es gelungen, jedoch als Methode der Wahl ist es nicht zu empfehlen. H. kommt zu dem Schlusse, daß es vorläufig noch nicht mit Sicherheit möglich ist, vom Epiduralraum aus durch Querschnittunterbrechung der Nerven ausreichende Anästhesien zu erreichen, die speziell für Bauchoperationen völlig genügen. Einspritzungen in den epiduralen Raum zur Bekämpfung von Reizzuständen der Nervenwurzeln sind bei bestimmten Indikationen erfolgreich. Sacralanästhesien sind in der Mehrzahl der Fälle gut auszuführen, geben aber bei der Ausschaltung verhältnismäßig umschriebener Nervenbezirke nur die Möglichkeit zur Ausführung einer verhältnismäßig kleinen Anzahl von Operationen. *Simon* (Mannheim).

Wiesel, Josef: Der Status thymico-lymphaticus. Handb. d. Neurol. Bd. **4.** Spez. Neurol. 3, S. 380—406. Berlin: Springer. 1913.

Nach Wiesel ist der Status thymico-lymphaticus, dessen pathologisch-anatomische Symptomatologie und Diagnose ausführlich besprochen werden, der Ausdruck einer hypoplastischen Konstitution. Bei der Konstitutionsanomalie spielen Korrelationen der verschiedenen Drüsen mit innerer Sekretion im Sinne der gegenseitigen Hemmung oder Förderung eine Rolle. Als Thymusdepressoren sollen die Geschlechtsdrüsen und das chromaffine System, als Thymusexzitatoren die Nebennierenrinde, die Schilddrüse, ev. auch die Hypophyse und die Parathyreoidea wirken. Zum Zustandekommen des Status thymico-lymphaticus ist nach W. eine Unterentwicklung des chromaffinen Systems und dadurch herbeigeführte Adrenalinarmut nötig. Die Hyperplasie des lymphatischen Apparates, an der auch der lymphoide, nicht organspezifische Abschnitt der Thymus teilnehme, sei als Bestrebung zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen aufzufassen. Der plötzliche Tod beim Status thymico-lymphaticus sei die Folge eines Überwiegens des Vagustonus gegenüber dem Sympathicustonus, in letzter Linie vielleicht die Folge einer Autointoxikation. Als Substanz, die möglicherweise in der Thymus gebildet werde und dem Adrenalin entgegenwirke, komme das Cholin in Betracht. Das Cholin könne in das giftige Neurin und Muscarin übergehen. Als Träger des spezifischen Thymussekretes und des supponierten Vagotonins scheinen nach W. die eosinophilen Zellen eine große Rolle zu spielen. *Gebele.*[CH]

Delacour, J.: Relations entre la sphère génitale et les voies respiratoires supérieures. (Beziehungen zwischen dem Traktus genitalis und respiratorius superior.) (*Hôtel-Dieu.*) Sem. gynécol. Jg. **18,** Nr. 26, S. 205—210 u. Nr. 27, S. 213—217. 1913.

I. Unter Beziehung auf einige Fälle der Abteilung Dalchés bespricht Autor die Beziehngen zwischen Nase, Pharynx und Larynx zu den Geschlechtsorganen. Im Kapitel Nase und Genitale schildert er die Epistaxis genitalis vor Beginn der Menstruation, zurzeit der Menarche, während Schwangerschaft und Geburt, sowie in der

Menopause, die Eigentümlichkeiten in den einzelnen Fällen, wo das Nasenbluten knapp vor, während oder nach der Genitalblutung einsetzt. Auch die Beobachtungen über Epistaxis bei Erkrankungen des Uterus oder der Ovarien, sowie das eigenartige Auftreten gerade während des Coitus werden erwähnt. Bezüglich der Pathogenese wird keine neue Theorie aufgestellt. Wenn keine genitale Behandlung nötig oder möglich ist, seien Verätzungen oder Kauterisationen am Platze. Auch die Anwendung von Serum, Brustdrüsen- oder Hypophysenextrakten bringe oft Besserung. Weiter schildert Autor die Beziehungen der Geschlechtsorgane zu nasalen Neurosen, speziell zu menstruellen Kopfschmerzen. In dieses Kapitel gehört auch die Verminderung oder der Verlust des Geruchsinnes in der Menoqause, sowie das Asthma genitale. Bei einem solchen Falle erzielte Autor einmal mit Kauterisation, ein andermal mit Schilddrüsenextrakten guten Erfolg. Die Ozena zurzeit der Pubertät und bei Unterentwicklungen der Ovarien scheint ebenfalls durch das Genitale bedingt zu sein. Weiter zitiert Delacour die Fälle von Rinosklerom während der Schwangerschaft, die Fälle von Folliculitis an der Nase während der Menstruation, sowie die Beziehungen zwischen Erysipel und Menstruation. Auch bezüglich der Beeinflussung der Genitalsphäre durch die Nase, sowie durch den Geruchsinn und durch Eingriffe an der Nase wird nur Bekanntes erwähnt; auch Dalché hat mit der Fließschen Cocainisation gute Erfolge erreicht. Durch Kauterisation der Nasenmuscheln gelang es Autor in einzelnen Fällen die durch die menstruelle Schwellung der Brüste entstandenen Schmerzen zum verschwinden zu bringen. — II. Hier werden die Beziehungen des Pharynx zur Genitalzone besprochen; so die eigenartigen, während der Menstruation manchmal immer wieder auftretenden Anginen, die oft als forme fruste gänzlich unbemerkt bleiben. Bezüglich der Pathogenese müsse man annehmen, daß entweder die Streptokokken während der Periode an Virulenz gewinnen oder aber daß zu dieser Zeit der Körper gerade für diese Bakterien besonders empfindlich sei, was in dem menstruellen Erysipel ein Analogon finden würde. Er erwähnt auch Fälle von Asthma, das durch Schwellung der Mandeln während der Periode immer wieder entsteht. Hierher gehören auch die pharyngealen Paraesthaesien, Pharynx-Neuralgien, Hyperämien des Schlundkopfes, die durch Änderungen in der Genitalsphäre entstehen können. Im Kapitel über die Beeinflussung der Geschlechtsorgane durch den Pharynx werden Fälle erwähnt von Erkrankungen der Ovarien im Anschluß an Hypertrophien und Entzündungen der Glandula amygdalea, Fälle von Heilungen der Leukorrhöe und Amenorrhöe durch Entfernung der hypertrophierten Pharynxtonsille. — III. Hier werden die wechselseitigen Beziehungen des Kehlkopfes zu den Genitalorganen und ihren Funktionen besprochen, so das Auftreten von Blutungen im Kehlkopfe während der Periode oder Schwangerschaft, das Auftreten nervöser Störungen in der Sensibilität des Larynx und in der Stimmbildung, die sonderbaren Beziehungen des Herpes laryngealis zur Periode. Das Thema Tuberkulose und Genitale wird nur ganz kurz gestreift. Die Tussis uterina kann auf dem Umweg vom Genitale über den Pharynx, über die Nase oder das Ohr zustande kommen. Veränderungen der Stimme durch die verschiedenen Funktionszustände der Geschlechtsorgane werden ebenfalls vom Autor berichtet. Schließlich werden noch Fälle von Amenorrhöe als durch Larynxsthenose (Sklerom, Lues) entstanden mitgeteilt. *Hofstätter* (Wien).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Liefmann, H.: Die Unterscheidung verwandter Bakterienarten durch die Ausfällung ihres Eiweißes mittels konzentrierter Salzlösungen. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 26, S. 1417—1420. 1913.

Mit zahlreichen Eiweißfällungsmitteln lassen sich Bakterienaufschwemmungen in einer Art ausfällen, die wenigstens äußerlich mit der Serum-Agglutination völlig übereinstimmt. Es zeigte sich nun bei Verwendung von Ammoniumsulfat, Magnesiumsulfat und Natriumsulfat, daß verschiedene Bakterienarten durch verschiedene Kon-

zentration der Salzlösungen ausgefällt wurden. Auch nahe verwandte Arten wiesen deutliche Unterschiede auf.

Die Prüfung geschah in der Weise, daß zu 0,1 ccm einer dichten Bakteriensuspension 0,9 ccm der Salzlösung zugesetzt wurde, so daß eine Konzentration von 90, 80, 70 usw. % resultierte. Auch durch einfaches Verreiben der Kultur in einem Tropfen der Salzlösung auf einem Objektträger ließen sich ausreichend genaue Resultate erzielen.

Von 16 Typhusstämmen wurden 15 gar nicht, nur einer schwach durch eine 80 proz. Magnesiumsulfatlösung agglutiniert, während ebenso viele Paratyphusstämme sämtlich durch diese Lösung ausgefällt wurden. Der eine durch Magnesiumsulfat etwas leichter ausfällbare Typhusstamm wurde auch durch Paratyphusserum hoch mitagglutiniert. Von 42 Cholerastämmen wurden 38 durch 80 proz. und 90 proz. Magnesiumsulfat ausgefällt, während 22 Kulturen von anderen Vibrionen mit einer Ausnahme unbeeinflußt blieben. Nach diesen Beobachtungen kann das Aussalzungsverfahren unter Umständen zur Differenzierung verwandter Bakterienarten mit herangezogen werden. In theoretischer Hinsicht enthalten die Versuche einen Hinweis darauf, daß man die Möglichkeit einer physikalischen Erklärung des Spezifitätsproblems nicht für völlig ausgeschlossen halten sollte. *Schürer* (Frankfurt a. M.).ᴹ

Thomas, Erwin: Zur Biologie der Colostrumkörperchen. (*Kais. Auguste Victoria-Haus z. Bek. d. Säugl.-Sterblk. i. Dtsch. Reiche, Berlin-Charlottenburg.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 8, H. 4, S. 291—297. 1913.

Verf. brachte in Capillaren Colostrum mit verschiedenen Emulsionen lebender Bakterien zusammen. Dabei zeigte sich, daß sowohl die polymorphkernigen als die mononucleären Colostralzellen, darunter auch die epithelähnlichen Corps granuleux, eine erhebliche phagocytäre Fähigkeit besitzen. Dieses läßt eine epitheliale, neuerdings wieder behauptete Abkunft irgendwelcher Colostralzellen ausgeschlossen erscheinen. Beide Zellarten im Colostrum haben dieselbe phagocytäre Fähigkeit, im Gegensatz zum Blut, in dem die reinen Mononucleären eine erheblich geringere Freßfähigkeit besitzen. *Nothmann* (Berlin-Wilmersdorf).ᴹ

Frank, Erich, Felix Rosenthal und Hans Biberstein: Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Abwehr-(Schutz-)Fermente (Abderhalden). Mitteilg. 2. (*Med. Klin., Univ. Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 29, S. 1594—1597. 1913.

Nach parenteraler Zufuhr blutfremder Organproteine (Hammelniere) fanden Verff. bei Kaninchen die in der Zirkulation erscheinenden proteolytischen Schutzfermente, vorzugsweise auf Organeiweiß, weniger auf heterologes, nicht organisiertes Eiweiß einzuwirken. Menschliche Placenta wird durch die proteolytischen Schutzfermente, wie sie nach Injektion von Hammelnierenbrei entstehen, ganz wesentlich stärker abgebaut als anderes Organeiweiß, meist sogar weit stärker als das zu Injektion verwendete Hammelnierenprotein. Ein im Stadium der Urämie befindlicher männlicher Nierenkranker baute auch Placenta ab. Nach zweimaliger subcutaner Injektion von Hammelnierenbrei treten proteolytische Fermente im Serum auf, die elektiv auf Nierengewebe eingestellt sind. Der widerspruchsvoll erscheinende Befund, daß nach parenteraler Zufuhr von Proteinen proteolytische Fermente in der Zirkulation auftreten, welche einerseits unspezifischer Natur sein können, andererseits einen spezifischen Charakter tragen können, erklären Verff. dahin, daß bei der Sensibilisierung des Organismus je nach der Art der Behandlung eine ganze Skala von Fermenten spezifischer und unspezifischer Natur im Kreislaufe auftreten. *Brahm* (Berlin).ᴹ

Abderhalden, Emil, und Arthur Weil: Beitrag zur Kenntnis der Fehlerquellen des Dialysierverfahrens bei serologischen Untersuchungen. Über den Einfluß des Blutgehaltes der Organe. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 31, S. 1703—1704. 1913.

Verff. führen die Resultate von Heilner und Petri auf Versuchsfehler zurück. Der von diesen Autoren beobachtete nicht spezifische Abbau soll durch das Vorhandensein von Blutkörperchenbestandteilen bedingt sein. Anschließend berichten Verff.,

daß koagulierte rote Blutkörperchen und koaguliertes Serumeiweiß mit Rinderserum behandelt wurden. Erstere wurde von 96 Fällen 46 mal abgebaut, letztere 3 mal. 60 Sera, die mit einem und demselben Serumeiweiß zusammengebracht wurden, reagierten negativ. Bei der Einwirkung von Kaninchenblutkörperchen und Serumeiweiß auf hämoglobinfreies Kaninchenserum fand kein Abbau statt. Nach Injektion von 3 ccm hämolysierten Blutes in die Vena jugularis des Kaninchens baute das nach zwei Tagen entnommene Blut Blutkörperchen stark ab, nicht dagegen Serumeiweiß. Auch die von Heilner und Petri aufgestellte Hypothese, daß die Abwehrfermente im Plasma immer in einer Vorstufe zugegen seien, lehnen Verff. ab. *Brahm* (Berlin).[M]

Bruck, Franz: Über den diagnostischen Wert der Abderhaldenschen Serumreaktion (Fermentreaktion). Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1775. 1913.

Zu der Beobachtung, daß Ca-verdächtiges Gewebe von einem sicher wirksamen Carcinomserum nicht, wohl aber von einem Schwangerenserum abgebaut wurde — spätere pathol. anatom. diagn. „Chorionepitheliom" — bemerkt Verf. folgendes: Bei der Tumordiagnose mittels der Fermentreaktion entscheidet nicht deren positiver sondern nur deren negativer Ausfall, wenn also ein fraglicher Tumor von sicher wirksamem Ca-Serum nicht abgebaut wird, dann handelt es sich auch nicht um ein echtes Carcinom. *Monheim* (München).

Schlimpert, Hans, und Ernst Issel: Die Abderhaldensche Reaktion mit Tierplacenta und Tierserum. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. B.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1758—1760. 1913.

Die Autoren prüften die Abderhaldensche Reaktion mit Menschen- und Tierserum an Placenten von Pferden und Schafen und erhielten bei 78 Einzeluntersuchungen nur 4 Fehlreaktionen. Sie kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Bei Pferd und Schaf kreisen während der Schwangerschaft Fermente im Blut, die die Placenta der eigenen Art abbauen. 2. Von diesen Fermenten wird auch Placenta anderer Arten, und zwar sowohl der fötale als auch der mütterliche Teil abgebaut. 3. Die Auslösung der Fermentbildung durch verschleppte Chorionzotten ist infolge der anatomischen Hindernisse in der Schaf- und Pferdeplacenta unwahrscheinlich. 4. Quantitativ am stärksten reagierte immer Menschenserum, von welchem Pferdeplacenta am stärksten abgebaut wurde. *Boxer* (Wien).

Mayer, A.: Über die klinische Bedeutung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. (*Univ.-Frauenklin. Tübingen.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 32, S. 1183—1189. 1913.

Der positive Ausfall des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens unterstützt zweifellos — bei guter Beherrschung der Technik — die Frühdiagnose der lebenden Intra- und Extrauteringravidität und kann an Feinheit noch die histologische Diagnose übertreffen (wie bei inkomplettem Abortus). Das Serum von Eklamptischen sowie das von Frauen mit Hyperemesis scheint minderwertig in der Kraft des Placentarabbaues, wie es der schwächere Ausfall der Reaktion erkennen läßt, baut dagegen Gehirn, Eierstock und Schilddrüse ab. Interessant sind die Versuche Mayers, die Störungen der inneren Sekretion durch die Abderhaldensche Reaktion zu ermitteln. Blutfremde Stoffe, Dysfunktion einer Drüse, nicht quantitative Änderung, müßten sich durch das Aberhaldensche Verfahren erkennen lassen. Fälle von Dysfunktion der Eierstöcke bei klimakterischer Neurasthenie, Dys- und Amenorrhöe, unregelmäßigen Blutungen reagieren tatsächlich positiv auf Eierstocksubstanz, quantitative Funktionsänderungen der Ovarialtätigkeit, wie bei Osteomalacie und Riesenwuchs, ließen sich serologisch jedoch nicht erkennen. Dysfunktion der Thyreoidea ließ sich auf diese Weise bei Trägerinnen von Strumen und Basedowkranken erweisen, ließ sich jedoch nicht bei Frauen mit Metro- und Menorrhagien und thrombosierten Varixknoten feststellen. — Serum Carcinomkranker baut Krebsgewebe ab und zwar baut das Serum von Pat. mit Eierstockkrebs nicht nur diesen, sondern auch fremden Gebärmutterkrebs ab. Serum von Sarkomkranken baut Krebsgewebe nicht ab. Diesen zahlreichen anregenden

Einzelbeobachtungen reiht sich noch die Frage der Möglichkeit des Erkennens eines Rassenunterschiedes durch die Abderhaldensche Reaktion an. *Bienenfeld* (Wien).

Gizelt, A.: Über einige chemische und physiologische Eigenschaften der Organextrakte auf Grund von Versuchen über Extrakte von Uterus, Ovarium, Placenta und Foetus. (*Inst. f. exp. Pharmakol., Univ. Lemberg.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 152, H. 11/12, S. 562—566. 1913.

1. Während normales Blut nach 6—7 Minuten gerinnt, bewirken Organsäfte (aus Uterus, Placenta und Ovarium) ein Gerinnen nach wenigen Sekunden, selbst wenn sie erst 24 Stunden nach dem Tode der Tiere erhalten werden. Ursache dieser Blutgerinnung ist die Trombokinase, die neben dem Vasodilatin in den Organsäften enthalten ist. Entfernt man das Vasodilatin dadurch, daß man die Säfte längere Zeit in Zimmertemperatur oder im Thermostaten stehen läßt, so tritt die Gerinnung des Blutes schneller ein. 2. Extrakte aus denselben Organen mit HCl bereitet, zeigten zweifellos das Vorhandensein von Vasodilatin (Versuch am Hunde). 3. Aus den Extrakten von Uterus, Ovarium, Placenta und Foetus kann unter Anwendung von Methylalkohol Vasodilatin erhalten werden. Die Giftigkeit der Organextrakte zeigt sich in zweierlei Richtungen. Erstens erscheinen bedeutende ausgebreitete Blutgerinnsel (Mangel an Vasodilatin, Trombokinasewirkung) und zweitens bewirkt die bis auf Null reichende Blutdrucksenkung den Tod durch Verlangsamung der Blutzirkulation (Wirkung des Vasodilatin). *Stolz* (Graz).

Sieburg, E.: Zur Chemie der Hydrocephalusflüssigkeit. (*Inst. f. Pharmakol. u. physiol. Chem., Univ. Rostock.*) Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. 86, H. 6., S. 503—510. 1913.

In der Hydrocephalusflüssigkeit eines 13 Monate alten Kindes wurden hochstehende eigentliche Eiweißstoffe nicht gefunden; nur Harnstoff und weit abgebaute Eiweißderivate, die noch die Oxyphenylgruppe und den Cysteinkomplex enthalten, wurden nachgewiesen. Cholesterin wurde direkt und durch Hemmung der Saponindialyse nachgewiesen. Der Gehalt an Glucose betrug 0,042%. Ferner ließen sich Diastase, Invertase, Lipase, sowie Glucoside (Amygdalin, Arbutin, Helicin) und Ester (Salol, Tannigen) spaltende Enzyme identifizieren. *Michaud* (Kiel).[M]

Gley, E.: Classification des glandes à sécrétion interne et des produits qu'elles sécrètent. (Einteilung der Drüsen mit innerer Sekretion und ihrer Sekretprodukte.) Presse méd. Jg. 21, Nr. 60, S. 605—606. 1913.

Kurze Inhaltsangabe eines Vortrages auf dem Londoner Kongreß für Medizin. Da eine Einteilung der Drüsen mit innerer Sekretion im Sinne einer Scheidung ihrer chemischen Produkte nicht möglich ist (da ja nur das Adrenalin seiner Zusammensetzung nach bekannt ist) so hält Gley an der physiologischen Klassifikation fest. Er unterscheidet: 1. Hormozone, 2. Hormone, 3. Parhormone. Zu den ersten zählt er das Adrenalin, soweit es den Zucker mobilisiert, weiter ein Produkt der Leber, das das Antithrombin liefert usw. Zu Hormonen, die spezifische funktionelle Reize ausüben, rechnet er die fragliche Substanz der Milz, die nur das Trypsin des Pankreas mobilisiert, und gewisse Wirkungen der Nebenniere. Als Parhormone fungieren folgende Reize, z. B. eins in der Leber, das Harnstoff bildet oder andere Substanzen, die decarbonisieren. Hauptsächlich soll diese Klassifikation die Unsicherheiten und Lücken aufzeigen, die sich beim Studium der Fragen mit innerer Sekretion ergeben. *Eppinger.*[M]

Genella, L. J.: Clinical studies in pituitary irritation, with report of a case. (Klinische Studien über Reizung der Hypophysis mit Bericht eines Falles.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. 66, Nr. 2, S. 93—98. 1913.

45jähr. Patient, zuerst infolge einer 10 Jahre zuvor aquirierten Lues als Paralytiker angesehen. Autopsie: Vergrößerung der Hypophysis. In der letzten Lebenszeit: Riesenwuchs der Hände und Füße.

Autor bespricht die Wirkung der Hypophysisextrakte: Hinterlappen wirkt oft blutdrucksteigernd, reizend auf das Hissche Bündel, das Pankreas (dessen Sekretion gehemmt wird) vermindert die Koagulationszeit des Blutes. Hinterer Lappen und

Infundibulum: steigert bereits bestehende Wehen, vermehrt Urin- und Stuhlabgang, bei langem Gebrauch auch die Neigung zu Hautnekrose, bringt bei jugendlichen Tieren Gigantismus, Verfettung, Anämie, Cyanose, plötzlichen Tod hervor. Wirkung auf Blutdruck und Pulszahl widersprechend. *Mohr* (Berlin).

Dunan, F.: Rapports de l'hypophyse avec les autres glandes à sécrétion interne. (Beziehungen der Hypophyse zu den anderen Drüsen mit innerer Sekretion.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 83, S. 1351—1356. 1913.

Die Beziehungen der Hypophyse zu anderen Drüsen mit innerer Sekretion werden nach der Literatur und auf Grund eigener Experimente erörtert. Nach Thyreoidektomie findet sich eine Hyperfunktion der Hypophyse, welche sich dokumentiert in einer Volumenvergrößerung des Organs, in Capillarerweiterung, im Auftreten von kolloidhaltigen Zellen und einer Vermehrung der eisenhaltigen und eosinophilen Zellen in der Drüse. Nach Kastration tritt gleichfalls eine Hyperfunktion mit denselben Erscheinungen, nur mit geringerer Beteiligung der eosinophilen und siderophilen Zellen ein. Auch nach Nebennierenexstirpation finden sich Erscheinungen im Sinne einer Überfunktion der Hypophyse. Die Beziehungen der Hypophyse zum Pankreas endlich sind noch wenig studiert, immerhin scheint nach Pankreasexstirpation gleichfalls die Hypophyse eine vikariierende Tätigkeit zu entwickeln, die sich äußert in einer Vermehrung der chromophilen Zellen und in Capillarerweiterung. *Klose* (Frankfurt a. M.).[CH]

Robinson, R.: Les glandes génitales et le système dentaire. (Genitaldrüsen und Zahnsystem.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156**, Nr. 26, S. 2016—2018. 1913.

Verf. hat an Tieren beobachtet, daß die innere Sekretion der Genitalien von großem Einfluß auf das Zahnsystem ist. Bei Kryptorchismus, wo eine fortgesetzte Überreizung der inneren Sekretion der Genitaldrüsen stattfindet, schlechte Zähne, bei frühzeitig Kastrierten sehr gute Zähne. Er glaubt, daß die Zerstörung von Kalk, Fluor, Mangan usw. hervorgerufen wird bei nicht Mikrobenerkrankungen der Zähne durch Läsionen oder funktionelle Störungen der inneren Drüsen. An 2 Beobachtungen aus der Praxis beweist er den Zusammenhang zwischen Zahnkrankheiten und Genitalatrophie. Therapeutisch käme bei Schwangeren mit ausbrechender Zahnhinfälligkeit Opotherapie, ja in verzweifelten Fällen Entfernung der verletzten Drüsen in Betracht. *Weißwange.*

Allgemeine Diagnostik:

Weitz, Geo. J.: Abdominal pain. (Unterleibsschmerzen.) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **9**, Nr. 12, S. 406—408. 1913.

Übersicht über die häufigsten, mit Leibschmerzen einhergehenden abdominalen Affektionen und die jeweilige Lokalisation der Schmerzen bei denselben. Ausführliche Besprechungen der Erkrankungen des Darmtraktus, der Leber und Gallenblase, insbesondere der Appendix. Sie verursacht anfangs zumeist Magenschmerzen, welche in wenigen Stunden vom Nabel ausstrahlen und sich schließlich am Mc. Burneyschen Punkt lokalisieren. Der Schmerz kann aber auch in der rechten Fossa iliaca beginnen, und nach Blase und Oberschenkel ausstrahlen, und so unter Umständen Blasensteine vortäuschen. Verf. führt einen Fall aus seiner Praxis an, welcher auf Grund der Lokalisation für Appendicitis gehalten wurde, bei dem aber nach Aufhören der Schmerzen ein bohnengroßer Stein aus der Urethra abging. Geplatzte ektopische Gravidität kann bekanntlich ebenfalls eine Appendicitis vortäuschen, ebenso wie neben einer großen Zahl akuter abdominaler Erkrankungen auch eine Gallenblasenerkrankung mit Appendicitis verwechselt werden kann. Auch hierfür führt Verf. Fälle an. Akute Pankreatitis, welche so selten diagnostiziert wird, wird häufig vom Chirurgen gefunden, der Gallenblasenleiden angenommen hatte. Großer Wert ist auf die Beobachtung des abdominalen bzw. costalen Atemtypus zu legen. Bei Pleuritis oder Pneumonie der Kinder z. B. kann die Diagnose dadurch außerordentlich erleichtert werden. Die

Hauptschmerzen hierbei werden im Abdomen lokalisiert, während die Atmung ausgesprochen abdominalen Typus zeigt und der Thorax fixiert ist. *Weißwange.*

Hellier, John Benjamin: Points and pitfalls in gynaecological diagnosis. (Bemerkungen über wichtige Punkte bei der gynaekologischen Diagnose sowie über Vermeidung von Irrtümern.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 2, S. 157 bis 168. 1913.

Die Lokalisation der Schmerzen ist nicht immer ausschlaggebend für die Annahme einer gynaekologischen Erkrankung; gichtische und rheumatische Beschwerden am Rücken, in Hüften und Kreuzbein können eine solche vortäuschen. Vom Uterus ausgehende Schmerzen verschlimmern sich gewöhnlich beim Gehen und Stehen. Hämorrhoiden werden bei der Gewöhnung der Frauen an Blutungen zu wenig beachtet. — Bei langdauerndem, starken Fluor verwendet Verf. Vaginalsuppositorien von Hefe; die Entwicklung der Hefepilze soll eine Überwucherung der anderen Mikroorganismen veranlassen. Die häufigste Quelle der Blutungen im gebärfähigen Alter ist der unvollständige Abort. Bei Verdacht auf Tumoren erinnere man sich der drei „F", Fett, Flatus, Faeces, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Trotz Lactation können Menstruation und Schwangerschaft bestehen. Oft ist der Befund bei Beschwerden im Becken negativ; alsdann ist an Colitis oder Proktitis oder Zerrung des Beckenbodens und der Aufhängebänder des Uterus durch ein Trauma zu denken. *Rittershaus* (Koburg).

Descomps, Pierre, Paul Descomps and Pierre Brousse: Abdominal points of pain and tenderness. (Die abdominalen Schmerzpunkte.) Arch. of diagn. Bd. **6**, Nr. 3, S. 201—252. 1913.

Vgl. dieses Zentralbl. Bd. **2**, S. 468.

Greife, H.: Über periodische Schmerzen bei Frauen. (*Ev. Hosp., Moskau.*) Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38**, Nr. 15, S. 175—176. 1913.

Verf. weist auf die große praktische Bedeutung des zuerst von Simpson beschriebenen, jüngst von Sneguireff der Vergessenheit entrissenen Symptoms der „periodischen Schmerzen" bei der Frau hin; täglich, zu bestimmten Stunden treten sehr heftige Schmerzen im Unterleibe auf, die stets von gleicher Dauer sind und dann völligem Wohlbefinden Platz machen. Diese periodisch auftretenden Schmerzen sollen für Korpuscarcinom, aber auch sonstige fremdartige Einschlüsse in der Uterushöhle sprechen und durch zu bestimmten Zeiten auftretende Sekretentleerung veranlaßt sein.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um ein 50jähriges Fräulein, das diese periodischen, unerträglichen Schmerzen zuerst von 1—5, später von 9—11 Uhr abends aufwies. Wegen Myoms wurde eine supravaginale Amputation gemacht; im Uterus fand sich makroskopisch und mikroskopisch ein Adenocarcinom, so daß nachträglich noch die zurückgelassene Cervix entfernt werden mußte. *Rittershaus* (Coburg).

Weinert, August: Über rectale Temperatursteigerungen. (*Med. Univ.-Klin., Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 28, S. 1542—1545. 1913.

Viel häufiger, als allgemein angenommen wird, führt langdauernde, kräftige Innervation der Körpermuskulatur zu einer Erhöhung der Körpertemperatur auch gesunder Menschen. Und zwar ließ sich diese Erwärmung in den am meisten angestrengten Körperteilen beobachten, während in anderen nicht zur Arbeit herangezogenen Körperteilen keinerlei Temperatursteigerung stattzufinden braucht. Beim Gehen findet eine größere Erwärmung im unteren Körperabschnitt, somit auch im Rectum statt, während die Temperatursteigerung in der Achselhöhle gering ist oder fehlt. Andrerseits ließen sich bei Anstrengungen des Oberkörpers, insbesondere der Arm-Schultermuskulatur Steigerungen der axillaren Temperaturen feststellen, während die Rectumwärme nicht beeinflußt wurde. Man darf deshalb aus der Erhöhung der rectalen Temperaturen keine Rückschlüsse auf einen Krankheitsprozeß bei dem betreffenden Individuum ziehen. Vor allem auch deshalb nicht, weil schon unter gesunden Menschen ganz verschiedene Temperatursteigerungen nach Muskeltätigkeit vorkommen, je nach Muskelstärke und Übung, nach der gesamten Konstitution (Fettschicht der Haut, Zahl und Ausbildung der Schweißdrüsen). Wenn z. B. fieberfreie Tuberkulöse auf Spaziergänge

mit auffallend hoher Temperatur antworten, so dürfte dies wohl eher auf Ungeübtheit, schlecht trainierte Wärmeregulierung, als auf die Wirkung der Tuberkulose zurückzuführen sein. *Tollens* (Kiel).[M]

Hausmann, Theodor: Ergebnisse der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation des Verdauungsschlauches. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 32, S. 1478—1481. 1913.

Verf. beschreibt das von ihm ausgebildete Palpationsverfahren und bespricht. die mittels seiner Methode gewonnenen diagnostischen Resultate. *Isaac* (Frankfurt).[M]

Ehrmann, R.: Über den Nachweis von Jod im Urin. (*Med. poliklin. Inst., Univ. Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 30, S. 1400. 1913.

Zum Nachweis von Jod im Harn empfiehlt Verf. nachstehende Reagentien: 2 ccm Urin, 1 ccm verdünnte Salzsäure, 0,5 ccm Wasserstoffsuperoxyd, 1,0 ccm Toluol oder Chloroform. Bei Gegenwart von Jod bildet sich über der Flüssigkeit eine rote Toluolschicht oder unter der Flüssigkeit eine tiefer rote Chloroformschicht. *Brahm* (Berlin).[M]

Cabot, Richard C.: The causes of ascites: a study of five thousand cases. (Die Ursachen des Ascites: Auf Grund von 5000 Fällen.) Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Bd. **4**, Nr. 1, S. 117—131. 1913.

Durch eine Reihe Fehldiagnosen in bezug auf die Ursache des Ascites aufmerksam gemacht, beschloß Cabot, die 2217 Fälle des Sektionsmateriales des Massachusetts General Hospital und die teilweise durch Operation oder Autopsie bestätigte klinische Diagnose in 3086 Fällen — im Zeitraum von 40 Jahren im selben Spital beobachtet — durchzustudieren und kommt zu dem Schlusse, daß der häufigste der durch Herz- und Nierenkrankheiten, Lebercirrhose und Peritonealtuberkulose verursachte Ascites ist, welchem sich an Häufigkeit an 5. und 6. Stelle die Intestinalobstruktion und die Krankheiten der weiblichen Genitalorgane anreihen; die kleinen soliden Tumoren der Ovarien dürfen in dieser Beziehung nicht unterschätzt werden. Pleurale Ergüsse können durch enormes Anwachsen des Ascites verursacht werden, und dieses Zusammentreffen kann Grund zur Verwechslung mit pleuraler und peritonealer Tuberkulose geben. Der infolge tuberkulöser Peritonitis entstandene Ascites kann am besten durch das langsame Anwachsen der Flüssigkeitsansammlung von den anderen unterschieden werden. *Holzwarth* (Budapest).[CH]

Allgemeine Therapie:

Schaefer, Ernst: Bestrahlungen mit Röntgenlicht und radioaktiven Substanzen in der Gynaekologie. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen Jg. **42**, Nr. 7, S. 389—396. 1913.

Kurzes Übersichtsreferat über die Verwendung der Röntgenstrahlen und radioaktiven Stoffe bei gynaekologischen Erkrankungen. Entwicklung der Technik. Beschreibung der einzelnen Methoden. Bericht über die Erfolge bei gutartigen und bösartigen Tumoren. Hauptsächlich bei der Bestrahlung der Uteruscarcinome sind hervorragende Erfolge erzielt worden. Vollkommen unbeeinflußt blieben aber bisher Carcinommetastasen. Ob in der Zukunft die intravenöse Metallotherapie oder eine andere berufen ist, ergänzend oder unterstützend in die Radiotherapie einzugreifen, kann jetzt noch nicht entschieden werden. Es wäre zu wünschen, daß weitere objektivste Nachprüfung und Weiterarbeit zu immer günstigeren Resultaten kommt. *Hirsch* (München).

Schmidt, H. E.: Spätschädigungen der Haut und innerer Organe nach therapeutischer Röntgenbestrahlung. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 32, S. 1553 1556. 1913.

Nach mittelweichen, unfiltrierten dermatherapeutischen Röntgenstrahlen in zu großer Dosis mit nachfolgender Dermatitis II. und III. Grades tritt nach deren Abheilung später regelmäßig eine bleibende Hautatrophie und Teleangiektasiebildung ein, bei brünetten Personen außerdem meist auch fleckige Pigmentierung. Nur ausnahmsweise nach einem oder mehreren einfachen Erythemen eine geringe Atrophie und Teleangiektasie, ohne vorherige sichtbare Reaktion kein sicherer Fall von Hautatrophie bekannt. Ursache ist die individuell verschiedene Empfindlichkeit des Gefäßsystems. Iselins Deutung anscheinend richtig: bei Schädigung der Hautzellen als Reaktion Hyperämie

(Röntgenerythem), bei Schädigung der Hautgefäße (besonders der tieferen!) Ernährungsstörungen der Haut mit Atrophie und Erweiterung der Capillaren. Auf solch atrophischen Hautstellen bewirken für normale Haut belanglose äußere Reize manchmal Ulcerationen, noch begünstigt bei ohnehin gestörter Zirkulation bzw. bei Varicen am Unterschenkel. Bei Applikation filtrierter harter Strahlen sind allerdings nicht regelmäßig auftretende andersartige (echte) Spätulcerationen mit oder ohne vorheriges Erythem und Atrophie beobachtet. Eine bestimmte Maximaldosis ohne nachherige Spätschädigung nicht anzugeben, weil die Empfindlichkeit des Gefäßsystems individuell verschieden ist. Nach einem Hartstrahlenerythem eher eine Hautatrophie zu erwarten, nach häufiger Applikation einer Hartstrahlendosis ohne sichtbare Hautreaktion kann eine Spätschädigung (Atrophie oder Ulcus) nicht ausgeschlossen werden, weil bei Tiefentherapie und härterer Strahlung die Dosis größer sein muß. Verf. rät bei harter filtrierter Strahlung immer unter der Erythemdosis zu bleiben, bei 1 mm Aluminium und 10 We. mit Kompression 2—3 S.-N., ohne Kompression $1^1/_2$ S.-N. und 6 Wochen Pause! Nach Röntgenbehandlungen Darmstörungen beobachtet, oft sicher nicht mit der Röntgenbehandlung in Zusammenhang gebracht wegen der langen Latenzzeit. Auch das Blut leidet durch öftere kleinere Reize durch Röntgenstrahlen (zwei Röntgenologen an myelogener und lymphatischer Leukämie gestorben). *Monheim* (München).

Snow, William Benham: Dosage, measurements and control of the X-ray and other agents in therapeutics. (Dosierung, Messung und Kontrolle der Röntgenstrahlen und anderer Heilmittel.) Internat. journal of surg. Bd. **26,** Nr. 6, S. 199—202. 1913.

Verf. bespricht zunächst die bekannten Schwierigkeiten der Dosierung bei Röntgenbestrahlungen und kritisiert besonders das Verfahren von Sabouraud, das nach seiner Ansicht mehr gerühmt als angewendet wird! Er verwendet eine mit einer Influenzmaschine erzeugte Strahlung von 3—12 Benoist und bestrahlt in einer Fokus-Haut-Distanz von 10 Zoll jeden zweiten Tag 10 Minuten, bis ein Erythem eintritt. Diese Methode stellt er derjenigen der Europäer gegenüber, die es wagen dürfen, ihre Patienten den Gefahren größter Röntgendosen auszusetzen, „während das Risiko gelegentlicher ernster Folgen in Amerika nicht berechtigt ist, wo die persönliche Gleichstellung und das Ansehen des einzelnen Arztes bei den Patienten so viel ausmacht, sei es bei privaten oder Krankenhauspatienten".

Besonders warm tritt Verf. für Bestrahlungen bei Entzündungen durch Streptokokken und Staphylokokken ein, zunächst werden die Infektionserreger geschwächt durch eine anfängliche Röntgenbestrahlung, dann wird mit Licht, Hochfrequenz und Hitze eine Hyperämie erzeugt, der die geschwächten Infektionserreger unterliegen. *Dencks* (Hamburg).CH

Droit, L.-G.: Nouveaux tissus de protection contre les rayons X. (Neuer Schutzstoff gegen die Röntgenstrahlen.) Arch. d'électr. méd. exp. et clin. Jg. **21,** Nr. 362, S. 73—75. 1913.

Der neue Schutzstoff besteht aus Seide, welche mit Bleisalzen beschwert ist. Der Hauptvorzug desselben ist neben seiner Undurchlässigkeit seine Biegsamkeit. Er wird in 2 Typen (0,33 mm und 0,5 mm) hergestellt, so daß 3 Dicken der 1. Type = 2 Dicken der 2. Type sind. *Immelmann* (Berlin).

Loewenthal, S.: Zur Strahlentherapie der Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 33, S. 1519—1525. 1913.

Loewenthal führt eine Reihe von theoretischen Überlegungen über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen an; zu kurzem Referat nicht geeignet. *Goldschmidt.*

Gauß, C. J.: Zur Technik der gynaekologischen Mesothoriumtherapie. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Strahlentherapie Bd. **3,** H. 1, S. 348—364. 1913.

Vor der Anwendung des Mesothoriums ist es notwendig, das betr. Präparat „biologisch" zu „aichen", d. h. es wird in verschiedenen Filtern verschieden lang auf die Haut aufgelegt und für jede Filterdicke die Zeit bestimmt, in der eben noch die erste Hautreaktion vermieden wird. Die Mesothorium-Therapie lehnt sich nahe an die Röntgentiefentherapie an: Starke Strahlung aus der Nähe in kurzer Zeit von vielen

Seiten in großen Dosen mit starken Filtern. Weniger als 50 mg eines hochprozentigen Radium- resp. Mesothoriumsalzes sind für wirksame Tiefentherapie nicht zu empfehlen, die harten γ-Strahlen werden mit 3 mm Blei isoliert, zur Verwendung harter β-Strahlen genügen 2 mm Blei; bei enger Applikationsstelle ist 0,8 mm Gold (= etwa 2 mm Blei) vorzuziehen. Die Sekundärstrahlung wird vermieden bei zylindrischen Filtern durch metallfreie glatt anliegende Gummiüberzüge, bei flachen Kapseln für Oberflächenbestrahlung durch mehrfache Gazeumhüllung (Aluminium durch Körpersäfte schnell verändert). Das nötige bei Fischer in Freiburg i. B. erhältliche Instrumentarium wird mit Hilfe von Abbildungen beschrieben, ferner schildert Verf. die Applikation einer strahlenden Kapsel. *Monheim* (München).

Meidner: Der gegenwärtige Stand der Mesothoriumtherapie gynaekologischer Carcinome. Therap. d. Gegenw. Jg. **54**, H. 9, S. 406—410. 1913.

Nobele, de: Action physiologique et thérapeutique des dérivés du thorium. (Die physiologische und therapeutische Wirkung der Derivate des Thorium.) Arch. d'électr. méd. Jg. **21**, Nr. 361, S. 9—16. 1913.

Zusammenstellung der bisher bekannten Wirkungen der Thoriumpräparate und der Art ihrer Anwendung. *Fleischmann* (Berlin).[M]

Saubermann: An address on the progress of radiumtherapy. (Fortschritt in der Radiumtherapie.) Arch. of the Roentgen ray Bd. **18**, Nr. 3, S. 99 bis 116. 1913.

Die Arbeit bietet den Gynaekologen nichts Neues. *Lembcke* (Freiburg i. Br.)

Steinitz, K.: Radioaktive Substanzen und Mesothoriumtherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 14, S. 424—429. 1913.

Die Arbeit enthält für den gynaekologischen Strahlentherapeuten nichts Neues. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Klotz, Rudolf: Die Beeinflussung des inoperablen Uteruscarcinomes mit Strahlen- und intravenöser Chemotherapie. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1704—1705. 1913.

Bericht über 13 Fälle von inoperablem Uteruscarcinom, die gleichzeitig mit „tumoraffiner" Substanz: Elektrokobalt (intravenös, 5 ccm pro dosi 1 mal wöchentlich) und mittelgroßen Dosen strahlender Energie (200—400 X und 800—1400 mg-Stunden) Radium behandelt wurden. Durch die intravenösen Injektionen des Schwermetalles wurden keine Organstörungen wie Nierenreizung usw. beobachtet. Klotz hat auch bei einem Falle den Versuch gemacht, zu der genannten kombinierten Behandlung noch Seruminjektionen von Carcinomkranken hinzuzufügen. K. berichtet über gute Resultate. *Samuel* (Duisburg).

Bumm, E., und H. Voigts: Zur Technik der Carcinombestrahlung. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1697—1701. 1913.

Verf. berichten über die Erfahrung, welche sie mit reiner Röntgenbestrahlung, bzw. reiner Radium- oder Mesothoriumbestrahlung und mit der Kombination beider Methoden gemacht haben. Verwendet wurden große Dosen (bei vaginaler Applikation täglich 20—30 X. mit durch 1—2 mm dicken Aluminium gefilterter Strahlung). Gesamtdosen von 3300 bis über 10 000 X. In der Therapie mit radioaktiven Substanzen wurden zunächst ebenfalls große Dosen appliziert (in der Regel mit 2 mm Pb-Filterung). In letzter Zeit mittlere Dosen durchschnittlich 150—300 mg in ein- bis zweitägigen Intervallen, 10—12 Stunden lang. Erforderlich sind im Mittel zur Heilung 15—20 000 Milligrammstunden. Zu Beginn der Behandlung wird bei der vaginalen, bzw. intrauterinen Applikation zunächst die β-Strahlung nicht vollkommen abgefiltert, sondern ein Teil derselben therapeutisch verwertet, da die Erfahrung gemacht wurde, daß das Carcinomgewebe leichter einschmolz, als wenn reine γ-Strahlung (Pb-Filter 2 mm) verwandt wurde. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Bainbridge, William Seaman: Fulguration und Thermo-Radiotherapie. Allg. Wien. med. Zeit. Jg. 58, Nr. 31, S. 341—342, Nr. 32, S. 353—354 u. Nr. 33, S. 365—366. 1913.

Der Fulguration bei Krebsgeschwülsten hat nach Keating - Hart die operative Entfernung aller makroskopisch sichtbaren Krebsmassen voranzugehen. Je vollstän-

diger die Entfernung carcinomatösen Gewebes, desto sicherer ist die Verhütung des Rezidivs. Der monopolare lange Funken hoher Ferquenz und hoher Spannung wirkt nicht auf das Neoplasma selbst, sondern auf den Boden ein, auf dem sich das Neoplasma gebildet hat. Die Erzeugung von Fulgurationsfunken kann mittels verschiedener Hilfsapparate vor sich gehen. Statische Elektrizität und der in der Stadt verwendete Strom kann je nach dem Falle verwendet werden. Wo nur eine partielle Entfernung des erkrankten Gewebes möglich ist, wird die Fulgurationsmethode eher palliativ als kurativ wirken. In solchen Fällen wird die Thermo-Radiotherapie vorgeschlagen. Diese ist eine Methode von Thermopenetrationserhitzung des carcinomatösen Gewebes und gleichzeitiger Abkühlung der Haut, wobei der Zweck verfolgt wird, die zu behandelnden Gewebe X-Strahlen gegenüber empfindlicher zu machen. Die Radiosensivität der Gewebe ist von ihrer Temperatur abhängig. Die Erhitzung des Gewebes wird durch Injektionen heißer physiologischer Sera bis 50° C und durch Anwendung warmer Irrigationen erreicht. Diese beiden Methoden wurden im New-Yorker Haut- und Krebshospital an mehreren Fällen erprobt. Eine Zahl von Fällen wurde in deutlicher Weise günstig beeinflußt. Doch kann es sich wegen der Kürze der Zeit nur um vorläufige Ergebnisse handeln. *Hirsch* (München).

Kirchberg, Franz: Druck- und Saugbehandlung in der ärztlichen Praxis. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 30, S. 1653—1656. 1913.

Die abwechselnde Druck- und Saugwirkung geschieht durch einen Apparat, welcher mittels komprimierten Sauerstoffs in Tätigkeit gesetzt wird und einen sehr energischen Über- bzw. Unterdruck erzeugt. Der Apparat wird an einen großen Glastrichter angeschlossen, den man auf die zu behandelnde Körpergegend, z. B. den Leib, setzt. Die Anwendungsmöglichkeit ist eine sehr mannigfaltige: Überall, wo in der Tiefe des Körpers die Blutzirkulation angeregt werden soll, also bei allen Stauungen im Abdomen, zur Kräftigung der Darmmuskulatur (Obstipation), zur Rückbildung von Verwachsungen im Leib. Durch kräftige Ansaugung des Zwerchfells lassen sich Emphysem und Asthma und auch manche Formen von Herzmuskelschwäche günstig beeinflussen. Außerdem kommen alle Leiden in Betracht, die bisher manuell mit der Bierschen Saugglocke behandelt wurden, für die man mit dem beschriebenen Apparat ein viel feiner zu regulierendes, allerdings nicht so leicht transportables Instrument besitzt. *Thielen* (Berlin).M

Riss, R.: De l'emploi des compresses chauffantes électriques en gynécologie et en chirurgie abdominale. (Über den Gebrauch der elektrischen Kompressen in der Gynaekologie und abdominalen Chirurgie.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8,** Nr. 7, S. 433—439. 1913.

Literatur über die Anwendung der Wärme. Die Möglichkeit einer langdauernden Anwendung, die Leichtigkeit der Anwendung, die Schnelligkeit der Wirkung und die größte Ersparnis des elektrischen Stromes wird gewährleistet durch die elektrischen Kompressen von Hergott. *Daels* (Gent).

Alquier: La femme à Vichy. L'idéal de la thérapeutique vaginale alcaline réalisé par la „nouvelle douche en hamac". (Die Frau in Vichy. Das Ideal vaginaler Applikation alkalischer Wässer, verkörpert durch die neue Scheidendusche „in der Hängematte".) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** H. 8, S. 241—243. 1913.

Bespricht die gynaekologischen Indikationen alkalischer Thermen. Schlägt vor, während des Sitzbades in gynaekologischer Untersuchungslage vermittels einer Art Hängematte, die in eine Badewanne hereingelassen wird, die Scheidenspülung als „unterseeische Dusche" auszuführen. *Hölder* (Tübingen).

Rothschuh, E.: Über die Einwirkung der Thermalduschemassage auf die einzelnen Urinbestandteile. Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 32, S. 1290—1293. 1913.

Die Aachener Thermalduschemassage von 35° C vermehrt bei gleichbleibender, harnsäurefreier Kost die meisten im Harn erscheinenden Endprodukte, namentlich Harnsäure und Schwefelverbindungen. Die Thermalduschemassage, die mehrere Tage hintereinander angewandt werden muß, ist als energisch stoffwechselfördernd zu be-

trachten, dabei wesentlich schonender als Kaltwasserapplikationen. Erläuterung der Wirkung an verschiedenen Tabellen. *Scheidemandel* (Nürnberg).[x]

Bourcart: Les rapports de la veine cave inférieure avec les organes de la cavité pelvienne. (Die Beziehungen der Vena cava inferior zu den Organen der Beckenhöhle.) Paris méd. Nr. **34,** S. 177—185. 1913.

I. Wichtigkeit der Massage in den chirurgischen Affektionen der Bauchhöhle. Autor reklamiert die Massage für die Chirurgen. Ohne die Operationen auszuschalten, wird sie das Vertrauen des Patienten zu dem nicht „gleich schneidenden" Arzte erhöhen. Bei Appendicitis kann man bei Abfall der Temperatur unter Vibrationsmassage den Charakter der Krankheit festlegen, indem man durch Anregung der Phagocytose heilend wirkt, bei bleibendem Fieber oft die Pneumonie nachweisen. Die Wiederbelebung des Herzens, die Stillung uteriner Blutungen, die Behandlung von Frakturen und Luxationen (Resorptionsförderung der Ergüsse um die Bruchstelle, Beschleunigung der Kallusbildung) gehören zum Teil der Massage. — II. Beziehungen der Vena cava inferior zu der Zirkulation der Beckenorgane, besonders des Uterus. Die Fixation oder Anlagerung der Vena cava inferior an Zwerchfell, Niere, Leber, Dünndarm erklären die Störungen ihrer Tätigkeit als Sammelorgan aller abdominalen Venen bei Veränderungen jener Organe, Ptosis, Anormalität von Wirbelsäule und unterem Brustkorb, einschnürenden Kleidungsteilen, bei jeder Störung des „abdominalen" Gleichgewichts. Die zahlreichen und ausgebreiteten utero-ovariellen Venen leiden besonders. (Der bei Laparotomie durch Minderung des intraabdominellen Druckes entstehenden Senkung der Bauchorgane und folgenden Stase des Venensystems wirkt die Trendelenburgsche Lagerung entgegen. „Alle Frauen leiden an Störung des abdominalen Gleichgewichts!") Die durch solche Stase begünstigten Metritiden, Hämorrhagien, auch der Menopause, Fibrome, Adnexreizungen, Entwicklung von Cysten und degenerierten gelben Körpern tritt in dieser Verbindung die Massage entgegen. Der Senkung der Rippenbogen nach unten, der Contractur oder Atrophie der Bauchmuskeln, der allgemeinen Ptosis der Eingeweide ist so entgegenzuarbeiten. Der Erfolg zeigt sich besonders in der „Entfüllung" der Venen. Verlagerungen des Uterus sind chirurgisch zu behandeln. — Die Massage umfaßt: Zurückdrängen der Eingeweide gegen das Zwerchfell, Auseinanderbiegen der falschen Rippen, manuelle Vibration der unteren Leber und Hebung derselben, allgemeine Bauchmassage, Muskelübungen im Sitzen und Stehen, alle einzubeziehenden Organe und Muskelwände umfassend, Atemübungen. — Direkte Massage des Uterus und der Adnexe ist schädlich. — Ein Normalkorsett ist zu tragen. Während der Regel ist die Behandlung nicht zu unterbrechen. *Mohr* (Berlin).

Strauss, H.: Obstipation und Diarrhöe als Objekte der Diätbehandlung. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 32, S. 1537—1539. 1913.

In Form eines klinischen Vortrages werden die Grundzüge der diätetischen Behandlung der Obstipationen und Diarrhöen klargelegt. Individualität, topische Diagnose des Sitzes der Darmerkrankung, ev. mit Hilfe des Röntgenverfahrens, genaue Bestimmung der Ätiologie, insbesondere bei spastischen Obstipationen, sind beim Diätplan zu berücksichtigen. *Schreuer* (Charlottenburg).[x]

Kühl, Hugo: Die entwicklungshemmende und die bactericide Wirkung des Liquor Aluminii acetici. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **75,** H. 1, S. 49 bis 54. 1913.

Es wird die entwicklungshemmende und bactericide Kraft des Liquor Aluminii acetici, und zwar eines frisch angefertigten, eines aus der Apotheke bezogenen und eines längere Zeit aufbewahrten Präparates untersucht. Letzteres zeigte deutlich Veränderung durch Trübung und Absetzen eines Niederschlages. Es ergab sich, daß die desinfizierende Wirkung eine sehr geringe ist; die frischen Präparate zeigten sich dabei wirksamer als das längere Zeit aufbewahrte. Trotz der geringen Wirksamkeit ist der Liquor Aluminii acetici ein sehr gutes Präparat, da es in 1 proz. Lösung die Entwicklung von

Bakterien hemmt, man aber auch mit 5- und mehr proz. Lösungen arbeiten kann, ohne den Organismus zu schädigen. Die adstringierende Wirkung unterstützt den Heilungsprozeß. *Kochmann* (Greifswald).[M]

Klammer, Marie Hedwig: Über die Verstärkung der Wirkung eigentlicher Narkotica durch Bromsalze. (*Med.-chem. u. pharmakol. Inst., Univ. Bern.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **1**, H. 6, S. 575—584. 1913.

Die Versuche werden an Kaninchen angestellt. Nachdem zunächst die minimal narkotisierenden Gaben von Urethan, Medinal, Morphium und Bromnatrium festgestellt worden sind, werden die einzelnen wirklichen Narkotica mit Bromnatrium in Kombination verabfolgt. Aus den Versuchen geht hervor, daß das Brom, das für sich allein gegeben, nicht eine wirkliche Narkose erzeugt, imstande ist, die narkotische Wirkung der anderen Medikamente in deutlicher Weise zu verstärken. Diese Wirkung scheint über eine bloße Addition hinauszugehen. Dies ist besonders der Fall bei der Kombination des Broms mit den beiden Narkotica der Fettreihe. Viel weniger deutlich ist die Potenzierung der Wirkung bei der Kombination Morphium-Bromnatrium. Die Verf. sieht in dem Ausfall der Versuche eine Bestätigung des Bürgischen Gesetzes von der Wirkung der Arzneimittelkombinationen. *Kochmann* (Greifswald).[M]

Meissner, R.: Über Beeinflussung der Morphinwirkung durch die Nebenalkaloide des Opiums. (*Pharmakol. Inst., Univ. Breslau.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **54**, H. 5/6, S. 395—429. 1913.

Herrligkoffer, C., und J. Lipp: Neuere klinische Erfahrungen über die Wirksamkeit der Dürkheimer Maxquelle. (*Invaliden- u. Genesungsheim, Ichenhausen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1932—1933. 1913.

Gehring, F.: Meine Erfahrungen mit Arsentriferrin. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 31, S. 847—853. 1913.

Die reine Arsenbehandlung ist bei der Chlorose so gut wie erfolglos, während die Erfolge der Eisenbehandlung durch gleichzeitige Arsendarreichung außerordentlich gesteigert werden können. Die Drüsen der Uterusschleimhaut speichern Arsen auf, wodurch dann die Verfettung der Drüsen, ihre Epithelablösung und damit die Menstruation hervorgerufen wird. Deshalb enthält auch das Menstrualblut im Gegensatz zum normalen Blut Arsen. Die Menstruation kann also durch Arsengaben besonders bei Amenorrhöe leicht beeinflußt werden. Das Arsentriferrin ist ein Präparat, das den Magen schont und gut resorptionsfähig ist.

Verf. berichtet über 28 Fälle von Chlorose mit Arsentriferrin behandelt, in denen besonders die Zunahme des Hämoglobingehalts und des Körpergewichts auffällt. Vertragen wurde das Präparat stets gut. Zweckmäßig ist die Dosis von 3 mal 1 Tablette $^1/_2$ Stunde nach dem Essen gut zerkaut eingenommen, nach 10—14 Tagen 3 mal 2 Tabletten bis zum Ende einer 5—6-wöchigen Kur, erst die letzte Woche wieder 3 mal 1 Tablette; oder während der ganzen Kur morgens und abends 1 Tablette, mittags 2 Tabletten. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Jäger, Franz: Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Secaleersatz (Tenosin). (*Univ.-Frauenklin. Erlangen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1714 bis 1715. 1913.

Verf. hat Versuche mit einer Kombination zweier wirksamer Substanzen des Secale cornutum, des p-Oxyphenyläthylamin (kurz P. O.) und des β-Imidazolyläthylamin (B. I.), welche einzeln Verschiedenheiten in der Wirkungsweise und dem Angriffspunkt zeigen, gemacht, und zwar in dreierlei Stärken: Stärke I (0,001 B. I. und 0,002 P. O. pro ccm) Injektion von 2 ccm subcutan oder intramuskulär während der Geburt bei handtellergroßem Muttermund. Nach 3 Minuten traten starke Wehen auf und beschleunigten die Geburt wesentlich. Die Wirkung war nach 1—$1^1/_2$ Stunden beendet. Das Kind war nie beeinflußt, $^2/_3$ der Frauen klagten über Kopfschmerzen und hatten einen roten Kopf, was nach einer Stunde verschwunden war. Bei Injektion in der Nachgeburtsperiode wurde der Uterus steinhart. Nebenerscheinungen waren geringer. Stärke II (0,0003 B. I. und 0,002 P. O.). Injektion von 1 ccm in der Nachgeburtsperiode. Nach 2—3—5 Minuten trat sehr gute Wehentätigkeit ein. Blutung stand. Keinerlei

Nebenwirkungen. Auch Dosierung per os im Wochenbett, 3mal täglich 20 Tropfen, hatte guten Erfolg. Stärke III (0,0005 B. I. und 0,002 P. O.). 1 ccm intraglutäal. Wirkung wie bei Stärke II, vielleicht etwas intensiver. Keine Nebenerscheinungen. Zusammengefaßt: Am geeignetsten erscheint Stärke III, besonders nach Ausstoßung der Nachgeburt. Reicht 1 ccm nicht aus, was selten der Fall ist, kann man nach einiger Zeit noch 1 ccm geben. Das Präparat ist dem Secale besonders in der Promptheit und Schnelligkeit der Wirkung überlegen. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Brömel: Über Secalysatum (Bürger). Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 33, S. 1598—1599. 1913.

Empfehlung des Bürgerschen Secalysats zur Behandlung von Uterusblutungen, die auf einer mangelhaften Kontraktion des Organes beruhen. *Jaeger* (Leipzig).

Burnham, A. C.: Hexamethylenamine in surgery. (Hexamethylentetramin [Urotropin] in der Chirurgie.) Med. record Bd. **84,** Nr. 1, S. 15 bis 18. 1913.

Das Präparat, das vorwiegend bei bakterieller Infektion der Harnwege und bei Meningitis erfolgreiche Anwendung findet, wird empfohlen bei infektiöser Rhinitis, bei akuter und chronischer Gallenblasenentzündung und prophylaktisch bei allen Operationen an der Gallenblase. Wichtig ist seine Dosierung, frühzeitige Verabreichung und genügende Lösung. *Baetzner* (Berlin).CH

Chauffard: Administration des sérums par instillations rectales. Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24,** Nr. 13, S. 199—202. 1913.

Einverleibung von Flüssigkeit vermittels rectaler Instillation. Empfehlung der bekannten rectalen Tröpfcheninstillation, die gegenüber den früheren Methoden nach Ansicht des Verf. wesentliche Vorteile bietet. *Münnich* (Erfurt).CH

Hamm, A.: Die Indikationen zur Sterilisation des Weibes. Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 35, S. 1422—1424. 1913.

Übersichtsreferat.

Allgemeine Chirurgie:

Elschnig, A.: Aseptik der Hände. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Jg. **51,** (H. 6), S. 793—796. 1913.

Verf. fordert auch für die operative Augenheilkunde das Tragen von Gummihandschuhen, und zwar für „alle blutigen Operationen, bei denen Nähte angelegt werden, oder bei denen die Finger direkt oder indirekt in Berührung mit der Wunde kommen können“. *Genewein.*CH

Kozlowki, Bronislaw: Alkoholoperationshandschuhe. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 26, S. 1038—1040. 1913.

Verf. bedient sich in Ausnützung der Eigenschaft des Alkohols, daß er die Haut erhärtet und die Hautkeime fixiert, bei seinen Operationen steriler, in Alkohol getränkter und feucht über die desinfizierte Hand angezogener Zwirnhandschuhe. Eine Schädigung durch die oft stundenlange Einwirkung des Alkohols — die Handschuhe werden während einer Operation wiederholt befeuchtet oder durch frische, ebenfalls mit Alkohol durchtränkte ersetzt — hat er weder an der Haut der Hände, noch an den Geweben des Operationsgebietes wahrgenommen. *Genewein* (München).CH

Merkens, W.: Kritische Bemerkungen über den Wert der Grossichschen Methode und ein Beitrag zur Vereinfachung unserer Desinfektionsmethoden. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 26, S. 1249—1251. 1913.

Vorzüge und Nachteile der Grossichschen Desinfektionsmethode. Ihre Anwendung beschränkt Verf. wegen der mannigfachen Schädigungen, die sie im Gefolge haben kann, auf Notfälle und Gelegenheitsverletzungen und auf solche Hautbezirke, die einer mechanischen Reinigung schwer zugänglich sind. In allen anderen Fällen zieht er eine der alten, zuverlässigeren und von Nachteilen freien Desinfektionsmethoden weit vor und begegnet dem Einwand, daß sie zu umständlich und zeitraubend seien, mit der Empfehlung des abgekürzten Ahlfeldschen Verfahrens, das Sicherheit in der desinfizierenden Wirkung und Einfachheit in der Anwendung in sich vereinigt. *Genewein* (München).CH

Pellegrini, Augusto: La disinfezione della cute coll' alcool clorato. (Die Desinfektion der Haut mit Chloralkohol.) (*Clin. chirurg., univ. Perugia.*) Riv. osp. Bd. **3**, Nr. 14, S. 593—596. 1913.

Verf. verwendet zur Desinfektion seiner Hände und des Operationsfeldes den Chloralkohol, der durch Einleiten von Chlorgas in Alkohol oder denaturierten Spiritus dargestellt wird. Die Hände wurden 7—8 Minuten mit dem Chloralkohol, dann noch 2 Minuten mit reinem Alkohol, das Operationsfeld nur mit dem Chloralkohol gewaschen. Die Heilresultate waren sehr gute, Reizungen der Haut traten niemals ein. Auch Gummihandschuhe vertragen Waschungen mit Chloralkohol sehr gut, von den Händen läßt sich anklebendes Blut leicht durch Chloralkohol entfernen. Verf. hält die Desinfektion der Haut durch dieses Mittel der Grossichschen Jodmethode für überlegen. *Herhold* (Hannover).CH

Sauton, B.: Sur l'action antiseptique de l'or et de l'argent. (Über die antiseptische Wirkung von Gold und Silber.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74**, Nr. 22, S. 1268—1270. 1913.

Die kurze Mitteilung, welche ausgeht von der bekannten Tatsache, daß Gold- und Silbersalze (Goldchlorid und Silbernitrat) in geringen Mengen die Entwicklung des Tuberkelbacillus hemmen, gipfelt in folgenden Sätzen: 1. Metallisches Silber, dem künstlichen Nährboden zugesetzt, hindert die kulturelle Entwicklung des Tuberkelbacillus; aber — ohne daß man einen Grund angeben könnte — der Versuch gelingt nicht immer gleichmäßig; 2. Silbersalze in geringen Dosen hemmen stets zuerst das Wachstum des Tuberkelbacillus, auf die Dauer (nach ca. 12 Tagen) entwickelt sich jedoch die Kultur; 3. im Gegensatz hierzu verhindern die Goldsalze auch auf die Dauer die Entwicklung des Bacillus. *Janssen* (Düsseldorf).CH

Wolff, Hans: Über Handschuhverletzungen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 26, S. 1036—1038. 1913.

Die Verletzlichkeit der Gummihandschuhe ist nicht so groß, wie vielfach angenommen wird: sie bleiben bei nicht ausgesuchtem, aus Weichteil- und Knochenoperationen gemischtem Material in der stattlichen Prozentzahl von 81 unversehrt. *Genewein* (München).CH

Steinegger, Alfred: Vom Import der Hautkeime durch das Messer. (*Kantonsspit., Münsterlingen.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 26, S. 1033—1036. 1913.

Bei der Unzulänglichkeit aller Hautdesinfektionsmethoden ist die Befürchtung naheliegend, daß beim Hautschnitt Keime in die Tiefe der Wunde gelangen. Inwieweit diese Annahme zutrifft, hat Verf. als der erste durch bakteriologische Untersuchungen festzustellen gesucht. Er hat zunächst an der nicht desinfizierten Haut von Leichen Versuche angestellt, die sämtlich positiv ausfielen. An Lebenden wurden nur einige wenige Hautschnitte in undesinfiziertem Gebiet gemacht, doch war dasselbe — abgesehen von Not- und Dringlichkeitsfällen — regelmäßig durch Baden, Rasieren und Formalinverbände vorbereitet. Der Unterschied im Ausfall der bakteriologischen Kontrolle zwischen dieser und der nächsten Reihe von Versuchen, die in großer Anzahl an vollkommen desinfizierter Haut ausgeführt wurden, ist kein nennenswerter. Es hat sich ferner ergeben, daß der Keimimport durch das Messer überhaupt kein konstantes Vorkommnis ist; in etwa $^4/_5$ aller Fälle ist ein solcher unterblieben. Trotzdem empfiehlt Verf., nach dem Hautschnitt das Messer zu wechseln. — Eine Überlegenheit einer bestimmten Desinfektionsart vor anderen hat sich nicht konstatieren lassen. — Von wesentlicher Bedeutung ist die Örtlichkeit. Die Haut der Inguinalgegend z. B. ist viel reicher an Keimen als die des Halses. Die am häufigsten gefundenen Mikroorganismen waren Staphylokokken, Schimmelpilze und Sarcinen. *Genewein* (München).CH

Bloodgood, Joseph C.: Studies in blood pressure before, during and after operations under local and general anesthesia. (Studien über den Blutdruck vor, während und nach Operationen unter lokaler und allgemeiner An-

ästhesie.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6. bis 8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2. S. 313. 1913.

Die Todesfälle nach eingreifenden Operationen, wie Magenresektion, Uterusexstirpationen, bei denen Anästhesie und Technik fehlerfrei waren, wo eine Infektion nicht stattgefunden hatte, erklären sich entweder durch das Auftreten einer tiefen Blutdrucksenkung und Herzschwäche, oder Störungen seitens der Nieren oder des Magens (akute Dilatation). *Rittershaus* (Coburg).

Schnaudigel, Otto: Hornhautläsionen nach Narkosen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 29, 1600—1601. 1913.

In 2 Fällen wurden nach Narkose rundliche Epithelverluste der Hornhaut mit Reizung des Auges, starkem Tränenfluß und Lichtempfindlichkeit gesehen. Geschwür saß in der Nähe der Hornhautmitte. Entstehung durch rauhe, trockene Finger des Narkotiseurs bei Sensibilitätsprüfung.

Verf. hält Prüfung an dieser Stelle für Unfug und gefährlich. Er empfiehlt, falls überhaupt nötig, solche Prüfungen in der temporalen Lidspalte vorzunehmen. Ebenso gefährlich sind die Verletzungen der Hornhaut durch die Narkosenmittel selbst. *Weichert* (Breslau).CH

Salzer, Moses: Nitrous-oxid oxygen analgesia. (Lachgas-Sauerstoffnarkose.) Lancet-clin. Bd. **110,** Nr. 5, S. 114—117. 1913.

Lachgas ist absolut unschädlich, auch in den Händen des Unerfahrenen, falls nicht über das analgetische Stadium hinausgegangen wird. Die Inhalation, mit Luft oder Sauerstoff zusammen, erzeugt angenehme Gefühle; Nachwirkungen fehlen. Es nimmt die Schmerzen, ohne Bewußtseinsverlust zu erzeugen; aus letzterem Grunde ist es bei länger dauernden Eingriffen, zumal wenn sie von störenden Geräuschen begleitet sind, nicht anwendbar, wie man auch die Lokalanästhesie bei nervösen Personen nicht benutzen kann. Der teure Preis des Mittels und die Notwendigkeit eines Narkotiseurs stehen der allgemeinen Anwendung entgegen. Die Narkose einem Diener zu überlassen, ist zu gefährlich. Jeder Apparat, der einen gleichmäßigen und beständigen Zufluß von Lachgas und Sauerstoff gestattet, ist zweckmäßig. Im analgetischen Stadium kommen Reflexbewegungen vor, die keinen Schmerzausdruck bedeuten. Schilderung zweier Fälle, aus denen der gänzliche Schmerzverlust bei völligem Erhaltensein des Bewußtseins hervorgeht. *Rittershaus* (Koburg).

Pope, Saxton Temple: Intratracheal insufflation anesthesia. (Intratracheale Insufflationsnarkose.) California State journal of med. Bd. **11,** Nr. 7, S. 255 bis 257. 1913.

Beschreibung eines mit einer Motordruckpumpe betriebenen Apparates, der nach den Grundsätzen von Meltzer und Auer die Insufflation eines Ätherluft- bzw. Sauerstoffgemenges in die Lunge ermöglicht. Das Ätherluftgemenge geht durch ein mit Wasser von 60° C gefülltes Gefäß und tritt in einer Temperatur von 36° C unter dem Druck von 10—20 mm Hg in den Trachealkatheter ein. Die zur Erwärmung des Wassers nötige Wärme wird durch elektrische Lampen erzeugt. Der Apparat ist in 18 Fällen (darunter 2 „Thoraxoperationen") erprobt worden. Besonders gute Dienste hat er bei Zungen- und Kieferoperationen geleistet. *Läwen* (Leipzig).CH

Kelly, Robert E.: Intratracheal anaesthesia. (Intracheale Anästhesie.) Brit. journal of surg. Bd. **1,** Nr. 1, S. 90—95 1913.

Die Methode nach Meltzer und Auer ist in den letzten 2 oder 3 Jahren in Amerika ausgedehnt verwendet worden. Der Katheter soll einen halb so starken Durchmesser haben als die Glottis. Luftdruck von 10—30 mm Hg genügt nicht nur, die Lunge aufzublasen, sondern auch genügende Oxygenation des Blutes zu unterhalten. Experimente haben ergeben, daß sogar bei fehlender Atmung durch Injektion von Curare oder Wirkungslosigkeit der Atembewegungen durch Eröffnung beider Pleurae durch diese Art künstlicher Atmung das Leben erhalten werden kann. Die Vorteile sind folgende: 1. Genauigkeit der Dosierung und Leichtigkeit der Änderung des Prozentgehaltes an Ätherdämpfen. 2. Durch andauernd nach außen gehenden Luftstrom an der Glottis ist der Aspirationsgefahr vorgebeugt. Operationen an Mund und Trachen

können ohne die geringste Gefahr einer Blutaspiration gemacht werden. 3. In Fällen von trachealer Obstruktion (Struma) bestehen keine Atemstörungen, selbst nicht bei Druck und Zug an Trachea. 4. Der Narkotiseur stört den Operateur nicht, da er weit weg sitzt. Auch bei komplizierten Lagerungen des Kranken (Bauchlage bei Laminektomie usw.) kann die Anästhesie leicht durchgeführt werden. 5. Die Atemexkursionen sind viel weniger groß, daher die Operationen in den oberen Bauchabschnitten leichter.

Beschreibung des Apparates des Verf. mit Abbildungen. Er besteht aus elektrischem Motor und Bläser. Für alle Fälle soll (wenn etwa Elektrizität versagt) bei Operation eine Fußpumpe bereit stehen. Der Anaestheticumapparat besteht aus 4 Teilen: Ätherkammer, Wärmekammer, Sicherheitsventil und Manometer. Art des Vorgehens: Tiefe Narkose des Kranken. Kopf über das Tischende legen. Unter Kontrolle des Auges Katheter einführen, bis an die Bifurkation, d. h. ungefähr 26 cm tief (hinter der Zahnreihe). Einleiten des Luftstromes mit Äther. Durchschnittlicher Druck von 20 mm Hg genügt für alle chirurgischen Eingriffe ohne Eröffnung der Brust. Nach Schluß der Operation für einige Minuten reine Luft durchlassen und Katheter vor Unterbrechung des Luftstromes herausnehmen. Die normale Atmung stellt sich fast immer unmittelbar nach der Entfernung des Katheters ein.

Verf. erlebte kein Erbrechen während der Anästhesie und nur selten später. Keine Lungenkomplikationen, sogar nicht bei einem Fall von chronischer Bronchitis. Es ist experimentell nachgewiesen, daß Chloroform bei intratrachealer Insufflation bei Katzen mehr Schaden am Respirationstraktus verursacht als Äther.

Praktische Punkte iu der Technik: Einführung mit Chevalier Jackson's direktem Laryngoskop mit diffuser Beleuchtung. Katheterkompression durch die Zähne des Kranken ist durch Smithschen Knebel (ohne Zungenstück), bei Operationen am Kinn und Mund Doyenschen Knebel zu vermeiden. Bei stärkerer Stenose der Trachea (Röntgenbild) schwächerer Katheter. Sicherheit der Methode: Kein dem Anaestheticum oder der Methode zur Last zu legender Unglücksfall. Verletzungen der Schleimhaut vermeiden (Emphysem!) Obgleich manche gesunde Individuen einen exspiratorischen Druck von 160 mm Hg ausüben können, so soll doch der höchste Druck in Höhe des Blutdruckes der Aorta liegen. In einem der von Meltzer erwähnten Unglücksfälle barst die Lunge bei 120 mm Hg. Verf. geht nicht über 20—30 mm Hg hinaus. *Hoffmann* (Greifswald).CH

● **Piquand, G.: Précis d'anesthésie locale à l'usage du médecin praticien et des étudiants.** (Leitfaden der Lokalanästhesie für den praktischen Arzt und Studenten.) Paris: Soc. d'édit. scientif. et méd. 1913. VIII, 263 S. Frs. 9,—.

Autor bevorzugt gegenüber Kälte, Kompression, Äther, Methylchlorid, Äthylchlorid, Coryl, Anästyl, Cocain, Stovain, Eukain A und B, Tropäcocain, Alypin das Novocain in $^1/_{100}$ oder $^1/_{200}$ Lösung: physiologische Kochsalzlösung 100,0, Novocain 0,5, Adrenalin $^1/_{1000}$ 25 gtts, in 2 oder 4 ccm Spritze. 60 Spritzen zu 2 ccm Höchstdosis. Frische oder getrennt sterilisierte Lösungen! Bei langen Operationen vorher Morphiumskopolamin. Allgemeine Technik: Hautfalte hochheben, gleichzeitig vorstoßen und Kolben niederdrücken, gefäßreiche Partien rasch durchqueren, langsames Vorgehen gibt breitere anästhetische Zonen, im Gesunden beginnen, bis auf Aponeurose mit großer Nadel stoßen zur Anästhesierung des Bindegewebes, mit krummer Nadel zwischen Aponeurose und Muskel so viel Spritzen als Muskellagen injizieren, Einstechen in das Periost der Knochen vor Eröffnung der Gewebe. Die regionäre (Braun) und die venöse Anästhesierung (Bier) hält Autor nicht für wertvoll. — Unter der speziellen Technik: Exstirpation von Tumoren der Vulva, der Scheide; Cürettage, Operationen der Cervix, des Darmes, der Blasen- und Rectumscheidenfisteln. *Mohr* (Berlin).

Valentin, Bruno: Experimentelle Untersuchungen zur homoioplastischen Fascien-Transplantation. (*R. Virchow-Krankenh. u. pathol.-anat. Inst., Berlin.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 3, S. 574—590. 1913.

Nach kurzer Übersicht über den derzeitigen Stand der homoioplastischen Gewebsverpflanzung hat Valentin versucht, in der Annahme, daß als Grundlage für jeden Fortschritt auf diesem Gebiet die genaue Kenntnis der histologischen Vorgänge zu betrachten ist, diese bei dem einfach gebauten Fasciengewebe zu studieren. Das Anwendungsbereich der freien, allerdings meist autoplastischen Fascientransplantation ist heute bereits ein so großes, daß schon aus diesem Grunde die Frage von Interesse ist, ob nicht das gleiche Material auch homoioplastisch zu verwerten ist. Es

wurde bei einer Reihe von Hunden ein Stück der Fascia lata entnommen und dann entweder sofort einem anderen Hunde in eine Lücke des Peritoneums mit Seidenknopfnähten gepflanzt oder erst für 10—15 Minuten in körperwarme physiologische Kochsalzlösung gelegt, bis die Implantationsstelle vorbereitet war. Die Bauchhöhle wurde gewählt, weil hier rasche Herstellung der Ernährung und rascher Anschluß an den funktionellen Reiz durch teilweise Wegnahme der Bauchwand (Muskelresektion), in dem dadurch notwendigen Widerstand gegen den natürlichen Bauchdruck am besten gewährleistet schien. In sämtlichen Versuchen war nach 4—296 Tagen die Fascie zum größten Teil eingeheilt, ohne daß es zum Ersatz durch Narben- oder Bindegewebe gekommen wäre. In den ersten Tagen findet eine starke ödematöse Durchtränkung der ganzen Fascie mit leukocytärer Infiltration statt. Die charakteristischen spindeligen Kerne bleiben als Beweis des Lebens stets färbbar, auch die elastischen Fasern bleiben erhalten. Nach 24 Tagen ist bei Lupenvergrößerung kaum noch ein Unterschied von normaler Fascie erkennbar. Ob die Tiere verwandt sind, ist für die Einheilung belanglos. Bei der Homoiotransplantation spielen sich gegenüber der Autotransplantation die Einheilungsvorgänge intensiver ab, der zeitliche Ablauf ist in die Länge gezogen (etwa 100 Tage gegen 26 Tage). *Draudt.*[CH]

Waljaschko, G. A., und A. A. Lebedew: Zur Prophylaxe der Hernien und Vorstülpungen post laparotomiam. (*Med. Inst. f. Frauen, Charkow.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 4, S. 896—903. 1913.

Scheinbar eigene und in der Literatur erwähnte, schlechte Resultate bei Sekundärnähten nach Tamponade der Bauchhöhle haben die Verff. veranlaßt, der Ursache nachzuforschen. Diese liegt einmal in der Retraktion des Muskels und experimentell nachgewiesen in der Degeneration der mit dem eitrigen Tampon in Berührung kommenden Muskelfasern. Um beide Unannehmlichkeiten zu verhüten, schlagen Verff. ein ihnen selbst nicht absolut zuverlässig erscheinendes und kompliziertes Verfahren vor, nämlich, ein Stück der Fascia lata zu entnehmen und damit die Bauchwunde auszukleiden. Im speziellen: Anlegung eines Schlitzes in dem betreffenden Stück Fascia lata, dann Vernähung des Schlitzes zirkulär mit Peritoneum und Fascia transversa und zum Schluß schichtweise Vernähung der Bauchdecken an dem Transplantat, ohne dieses zu durchstechen. *Plenz* (Westend).[CH]

Lange, Johannes: Instrument zur Anlegung und Entfernung der v. Herffschen Klammern. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 34, S. 1263—1264. 1913.

Das Instrument ähnelt einem Köberle, an dem vorn beiderseits je zwei kurze stumpfe Krallen angebracht sind, mit denen man die Klammern fassen kann. Das Instrument soll ein exakteres Anlegen und ein schmerzloses Entfernen der Klammern ermöglichen, ohne daß die Handschuhe dabei verletzt werden. Um die Kreuzungsstelle der Klammern schlingt Lange einen dünnen Draht, wodurch das Aufspringen der Klammer vermieden wird. Zu beziehen durch H. Middendorf, Magdeburg, Breiteweg 155. *Weichsel* (Leipzig).

Hertzen, Verner v.: Über Parotitis nach operativen Eingriffen in der Bauchhöhle, insbesondere an den weiblichen Generationsorganen. (*Prof. Engströms Klinik, Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55**, Nr. 7, S. 52—94. 1913. (Schwedisch.)

Verf. berichtet über 12 Fälle von Parotitis nach operativen Eingriffen, insbesondere an den weiblichen Genitalorganen aus der Engströmschen Klinik, die unter etwa 4000 peritonealen Operationen vorgekommen. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die metastatische Parotitis, im Vergleich zu der aufsteigenden, augenscheinlich eine äußerst seltene Erscheinung ist, welche nur bei Pyämie vorkommt. In einem der Fälle kann als ätiologisches Moment ein starker Flüssigkeitsverlust angeführt werden. In 2 Fällen gab schwacher Allgemeinzustand die Disposition. In 8 Fällen bestand Blutarmut und mehr oder weniger geschwächter Allgemeinzustand. Die Narkose verlief in allen Fällen gut, außer in einem, wo beim Herausnehmen des Tumors, Puls und Respiration aussetzten. Chloroform wurde in allen Fällen gegeben, in 3 Fällen außerdem noch Äther. In 2 Fällen lag Gravidität vor. Die Komplikationen stellten sich am häufigsten am 1.—3. Tage ein; in 2 Fällen nach dem 10. Tage. Die Parotitis war von zumeist atypischem Fieber begleitet. Die Dauer der einseitigen und der doppelseitigen Fälle, welche zur Resorption gelangten, betrug durchschnittlich 7 Tage. In 2 Fällen kam es zur Bildung von Abscessen; 2 Fälle führten zum Exitus letalis.

Ist die Operation von längerer Dauer oder mit größerem Blutverlust verbunden, so soll man warme physiologische Kochsalzlösung langsam per rectum, subcutan oder

intravenös geben. Speise und Trank sollen so früh wie möglich dem Patienten zugeführt werden. Sobald eine Anschwellung oder Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Parotis auftritt, sollen Wasserumschläge, Grützekompressen oder Eissack appliziert werden. Pinselung mit Jod oder Applikation von Ung. hydrargyri oder Ichtyolsalbe ist angewandt worden. Wenn ein Absceß entstanden ist, soll der Eiter baldmöglichst entfernt werden. *Björkenheim* (Helsingfors).

Schenck, Benjamin R.: Thrombosis and embolism following operation and childbirth. (Postoperative und puerperale Thrombose und Embolie.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 324—325. 1913.

Unter 96 000 geburtshilflichen Fällen wurde 381 mal (0,04%), unter 49 161 Operationen 556 mal (1,15%) eine Thrombose der Schenkelgefäße beobachtet (nach 3204 Myomoperationen in 96 Fällen — 3,0%). Verläßliche prämonitorische Symptome waren nicht vorhanden. *Engelhorn* (Erlangen).

Kohlschütter: Ein Wort zur Frage des frühen Aufstehens nach Bauchoperationen. Eine eigene Erfahrung. (*Knappschaftskrankenh. im Fischbachtal, Kr. Saarbrücken.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 25, S. 1378—1379. 1913.

Verf. ist am zweiten Tage, nachdem er eine Leistenbruchoperation überstanden hatte, aus dem Bette aufgestanden. Ein Nachlassen in der Festigkeit der Narbe ist bisher, nach Verlauf von 10 Monaten, nicht zu konstatieren gewesen. *Colley* (Insterburg).CH

Winkler, Josef: Ein Kolostomieapparat mit pneumatischem Abschluß. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 34, S. 1365. 1913.

Der Kot entleert sich durch eine ovale metallene Hohlschüssel in einen weichen Gummisack. Eine Federpelotte drückt die Schüssel gegen die Umgebung des Kunstafters. Der Verschluß gegen den Körper wird dadurch verläßlich und erträglich gemacht, daß der Rand der Hohlschüssel mit einem pneumatischen Gummiring armiert ist. (Firma Kobrak u. Tauber, Wien.) *Holste* (Stettin).

Byford, Henry T.: Anemia as an operative risk. (Anämie als eine Operationsgefahr.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 319. 1913.

Byford bespricht die Symptome der kompensierten und dekompensierten Anämie. *Vogt* (Dresden).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Brandweiner, und Otto Hoch: 2. Mitteilung über Gonorrhöe. (*Klin. f. Syphilis u. Hautkrankh., Wien u. Wien. allg. Poliklin.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 32, S. 1304—1305. 1913.

Autogene Gonokokkenvakzinen geben bei gleicher Dose quantitativ stärkere Stichreationen als allogene monovalente und polyvalente. Letztere lösen stärkere lokale Effekte als allogene monovalente und kommen bisweilen in dieser Hinsicht den autogenen Vakzinen sehr nahe. Die Annahme der Verschiedenheit der einzelnen Gonokokkenstämme wird hierdurch weiter gestützt. Polyvalente Vakzinen verschiedener Provenienz, aber analoger Herstellung, geben bei gleicher Dose annähernd gleiche Stichreaktionen. *Blanck* (Potsdam).

Cuenod et Penel: Sept cas de conjonctivite à gonocoques traités par un vaccin de l'institut Pasteur de Tunis. (Sieben Fälle von Gonokokken-Conjunctivitis, behandelt mit Vaccine des Instituts Pasteur zu Tunis.) Clin. ophtalmol. Bd. **5**, Nr. 8, S. 435—440. 1913.

Bei allen Fällen wurde der Eiter bakteriologisch untersucht. Die Vaccineinjektionen erfolgten bei den Erwachsenen intravenös (Vene der Ellenbogenbeuge), bei den Säuglingen subcutan, beiderseits von Schüttelfrost und 39—40° gefolgt. Gewöhnlich erfolgte Besserung erst nach zweiter Injektion (2—3 Tage später), die noch von 4—6 gefolgt wurde. Nekrose und Perforation der Cornea, auch Conjunctivitis kompliziert mit Trachom heilten rasch. Alle Augen gerettet. Ein Rezidiv heilte rasch. *Mohr.*

Bäumer, Eduard: Über die Indikationen zur internen Behandlung der Gonorrhöe und die Bedeutung des Arrhovins als Antigonorrhoicum. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20,** Nr. 33, S. 969—972. 1913.

Das Arrhovin wird als ein wertvolles internes Antigonorrhoicum empfohlen, das in der Wirkung nicht hinter den besten Balsamicis zurücksteht und in der schmerzlindernden Eigenschaft diesen vielleicht noch überlegen ist. Ganz besonders hervorzuheben ist seine Reizlosigkeit. *Jaeger* (Leipzig).

Brodfeld, Eugen: Nachbehandlung der Gonorrhöe mit Balsamicis insbesonders Gonaromat. Reichs-Med. Anz. Jg. **38,** Nr. 18, S. 550—551. 1913.

Conradi, Erich: Tuberkulosenachweis im Tierversuch mit Hilfe der Pirquetschen Reaktion. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 29, S. 1592—1594. 1913.

Zur Abkürzung des Tuberkulosenachweises im Tierversuch bediente Verf. sich der Pirquetschen Reaktion und fand dieselbe innerhalb von 13—10 Tagen nach der Impfung in allen den Fällen deutlich positiv, in welchen bei der Sektion makroskopisch oder auch mikroskopisch tuberkulöse Herde nachweisbar. Die Beurteilung der Reaktion erfolgt am besten nach 24 Stunden, bei positiver Reaktion tritt eine etwa fingernagelgroße Rötung und leichte Erhabenheit rings um die Impfstelle auf, zuweilen auch eine zentrale Quaddelbildung mit peripherem Entzündungssaum. *Harms* (Mannheim).[M]

Schürmann, W.: Die Anwendung der intracutanen Tuberkulinreaktion als Hilfsmittel zum beschleunigten Nachweise von Tuberkelbacillen im Tierversuch. (*Inst. z. Erforsch. d. Infekt.-Krankh., Univ. Bern.*) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43,** Nr. 28, S. 865—869. 1913.

Die intracutane Injektion von 0,02 ccm Tuberkulin löst bei mit Tuberkelbacillen infizierten Meerschweinen schon vom zehnten Tage nach der Infektion an eine deutliche Reaktion aus, auch wenn noch keine nennenswerte Drüsenschwellung nachweisbar ist. Die intracutane Tuberkulinreaktion ist daher praktisch zum beschleunigten Nachweis von Tuberkelbacillen verwertbar, was bei der Untersuchung von 115 Proben von tuberkuloseverdächtigem Material bestätigt wurde. Die Reaktion wird um so stärker, je weiter die Tuberkuloseinfektion zurückliegt. *Schürer* (Frankfurt a. M.).[M]

Hartmann: Beitrag zur ambulanten Tuberkulinbehandlung. (*Lungenfürsorgest. Pfaffenhofen a. Ilm.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 31, S. 1710—1711. 1913.

Verf. erzielte in der Fürsorgestelle mit Alttuberkulin Koch selbst bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen im allgemeinen günstige Resultate. Kurze Mitteilung von 10 Fällen. *Harms* (Mannheim).[M]

Reimann, Georg: Über Marmorek-Antituberkulose-Serum. (*Allg. städt. Krankenh., Nürnberg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85,** H. 3, S. 633—640. 1913.

Von 30 verwertbaren Fällen zeigten nur 12 Besserung oder Heilung. Die Beobachtung nach Entlassung aus dem Krankenhause beträgt aber nur durchschnittlich einige Wochen. Begonnen wurde die Kur mit subcutanen Einspritzungen von 5 ccm jeden 2. Tag. Bei Steigerung der Reaktionserscheinungen wurden Klysmen von 10 ccm gegeben. Mit beiden Methoden wurde dann gewechselt. Daneben wurde allgemein und lokal (operativ, Punktion, Jodoformglycerin) behandelt. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das Marmorekserum neben der bisher üblichen Therapie gute Dienste zu leisten vermag. *Paetzold* (Berlin).[CH]

Allgemeines über Geschwülste:

Ransohoff, J. Louis: Anaphylaxis in the diagnosis of cancer. (Die Anaphylaxie in der Diagnose des Krebses.) (*Cincinnati hosp. laborat.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 1, S. 8—10. 1913.

Verf. ist es schon früher gelungen, zu beweisen, daß Meerschweinchen, die mit Carcinomserum immunisiert worden sind, bei Anaphylaxieversuchen sich anders verhalten, als mit normalem Serum vorbehandelte Meerschweinchen, wenn die Enddosis

wieder Carcinomserum ist. Die mit Carcinomserum vorbehandelten Meerschweinchen zeigten nämlich keine oder nur ganz schwache Anaphylaxieerscheinungen. Dieses Verfahren benützt er jetzt zur Diagnose des Carcinoms. Als sensibilisierende Dosis verwendet er 0,1 ccm Serum. Von 30 sicheren Carcinomen gab diese Anaphylaxiemethode nur in 4 Fällen kein richtiges Resultat, also in 86,7% stimmte die Diagnose mit der klinischen überein. Bei den als Kontrolle untersuchten Nicht-Carcinomfällen fiel die Reaktion stets (100%) negativ aus. Insgesamt wurden also 50 Fälle untersucht, davon ergaben 92% ein richtiges Resultat. Die Reaktion wird wie die gewöhnlichen Anaphylaxieversuche ausgeführt, nur wird stets ein Meerschweinchen mit normalem und eins mit Carcinomserum vorbehandelt. Die Reaktion ist positiv, wenn bei dem mit Carcinomserum vorbehandelten Meerschweinchen die Anaphylaxieerscheinungen ausbleiben oder später und geschwächt auftreten. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).[CH]

Strauch, Friedrich Wilhelm: Experimentelle Übertragung von Geschwulstzellen. (*Städt. Krankenh., Altona.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 31, S. 1425—1429. 1913.

Verf. hat den unverdünnten Zellbrei von malignen Mäusegeschwülsten (Carcinom) auf Kaninchen geimpft und sah in 50% nach einmaliger Injektion ein positives Resultat. Schon nach 8 Tagen entwickelte sich ein abgekapselter, zuweilen infiltrierend wachsender Tumor von Erbsen- bis Pflaumengröße. Alle Kaninchen, die einen Tumor aufwiesen, zeigten Kachexie, die in mehr als der Hälfte der Fälle zum Tode führte. Es kam zu Gewichtsverlusten von 250—300 g schon in der ersten 14 Tagen. Von 5 Tieren, die 2—3 mal geimpft wurden, wiesen 3 Tumoren auf. 2 mal erfolgte Resorption des Tumors nach 1—2 Monaten. Auch hier trat Kachexie ein. Die durch Transplantation von Mäusetumorzellen auf Kaninchen erzeugten Geschwülste ließen sich leicht auf Kaninchen weiter impfen, es entstanden Tumoren bis zu Kleinapfelgröße. Die Virulenz wuchs bei der Weiterimpfung auf Kaninchen, es trat bei allen Kaninchen Kachexie auf. Auf weiße Mäuse ließen sich die Kaninchentumoren nicht zurückimpfen. Bei den primär erkrankten Kaninchen fand sich in einem Falle eine Metastasenbildung. Bei der Weiterimpfung auf andere Kaninchen trat infiltratives Wachstum, stärkere Kachexie und häufigere Metastasenbildung auf. Mikroskopisch zeigt der Kaninchentumor ein mehr sarkomähnliches Verhalten. Daß es sich um echte Blastome handelt, nicht um Granulationsgeschwulst, wurde von autoritativer Seite (Eugen Fränkel, Hueter) bestätigt. Auch auf wilde Kaninchen ließ sich der Mäusetumor verimpfen. Auf Rhesusaffen gelang die Übertragung nicht. In jüngster Zeit hat Verf. auch die Verimpfung eines menschlichen Brustdrüsenkrebses auf einen Rhesusaffen mit Erfolg ausgeführt. *Lewin.*[M]

Robin, Albert: Recherches sur les variations de l'acide phosphorique dans l'urine et le foie des cancéreux. (Untersuchungen über die Veränderungen des Phosphorsäuregehaltes im Harn und in der Leber Krebskranker.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156**, Nr. 26, S. 2018—2020. 1913.

Die mannigfachen Variationen der Phosphorsäureausscheidung bei Krebskranken sind im ganzen uncharakteristisch und in erster Linie von den Veränderungen der Ernährung abhängig. Erst wenn man die Kranken nach der Verlaufsweise bzw. den Stadien der Erkrankung gruppiert, lassen sich gewisse Gesetzmäßigkeiten erkennen. Bei der ersten Gruppe, die langsam verlaufende Fälle mit gutem Allgemeinzustand betrifft und bei denen die Verluste durch die Nahrung ausreichend gedeckt werden, übersteigt das Verhältnis von Phosphorsäure zur Gesamt-N-Ausscheidung die Norm, entsprechend dem gesteigerten Umsatz in nucleinreichem Gewebe. Gruppe II — schlecht ernährte Kranke mit raschem Verlauf — zeigt infolge Verminderung der Phosphatausscheidung bei annähernd gleichbleibendem Gesamt-N ein Absinken der Relation unter die Norm. Ursache hiervon ist die starke Destruktion von Organeiweiß bei mangelndem Ersatz durch die Nahrung. Bei Gruppe III, die die Kachektischen und Entkräfteten umfaßt, findet man Heruntergehen der Phosphat- und N-Elimination und des anorganischen Rückstandes gleichzeitig mit einem Anstieg des Verhältnisses Phosphorsäure: Gesamt-

N. Die carcinomatöse Leber und die Leber kachektischer Krebskranker zeigt verminderten Phosphorsäuregehalt. Dieser Befund in Verbindung mit einer Verminderung der Relation Phosphorsäure zu anorganischem Rückstand in den am meisten erkrankten Gewebspartien stimmt nicht zur Hypothese einer Phosphatretention. Die an alkalische Erden gebundene Phosphorsäure ist im Harn kachektischer Krebskranker relativ vermehrt entsprechend einer Verringerung des Kalkgehalts der Gewebe. Das gleiche findet man aber auch bei der Säuferleber und in manchen Fällen von Lungentuberkulose. Die Veränderungen der organisch gebundenen Phosphorsäure zeigen nichts für den Krebs irgendwie Charakteristisches. *Maase* (Berlin).[M]

Aschner, Bernhard: Über den Einfluß der Innervation auf das Tumorwachstum. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. **13,** H. 2, S. 336—344. 1913.

78 Mäuse wurden mit je 0,2 ccm Mäusecarcinomemulsion geimpft und bei einer Gruppe von Tieren der Nervus ischiadicus, bei einer anderen die hinteren Rückenmarkswurzeln der betreffenden Extremität teils vor, teils nach der Impfung, teils auch gleichzeitig mit der Impfung durchschnitten. Während die Durchtrennung des N. ischiadicus das Tumorwachstum nicht nur nicht verzögerte, sondern sogar beschleunigte (spezifische Innervationsveränderung?), schien nach Durchschneidung der hinteren Rükkenmarkswurzeln in den ersten 8 Tagen Erweichung und Verkleinerung des Tumors einzutreten, in der zweiten Woche schien die Größe der Tumoren stationär zu bleiben, um mit Beginn der dritten Woche schließlich wieder langsam zu wachsen. Aschner hält weitere Versuche an größeren Tierspezies und vielleicht später auch einmal an geeigneten Kranken für wünschenswert. *Hamm* (Straßburg).

Ordway, Thomas, and Ellis Kellert: The complement content of the blood in malignant disease. (Komplementgehalt des Blutes bei malignen Tumoren.) (*Laborat. of the cancer comm., Harvard univ.*) Journal of med. res. Bd. **28,** Nr. 2, S. 287—299. 1913.

In den meisten Fällen von Krebs und auch bei Leukämie ist der Gehalt des Blutes an hämolytischem Komplement gegen die Norm nicht wesentlich verändert. *Lewin.*[M]

Gelarie, A. J.: The influence of copper upon the growth of mouse carcinoma. (Einfluß von Kupfer auf das Wachstum von Mäusecarcinom.) (*Cancer res. laborat., univ. Liverpool.*) Brit. med. journal Nr. **2744,** S. 222—223. 1913.

Nach subcutaner Injektion von Kupferammoniumsulfat (2—5 Injektionen) trat dreimal vollkommenes Verschwinden (= 25% Heilung), in anderen Fällen Verkleinerung oder Stillstand im Wachstum ein. Ähnliche Resultate erhielt Verf. nach Injektion von kolloidalem Kupfer. *Lewin* (Berlin).[M]

Frankl, Oskar: Über den wachstumshemmenden Einfluß der Milz auf das Rattensarkom. Bemerkungen zum Aufsatz gleichen Titels von Biach und Weltmann, Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27. 1913. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 30, S. 1246—1247. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß er bereits vor längerer Zeit den wachstumshemmenden Einfluß der Milz bei Mäusecarcinomen beschrieben hat. *Lewin* (Berlin).[M]

Contamin, A.: Le cancer expérimental. (Der experimentelle Krebs.) Presse méd. Jg. **21,** Nr. 63, S. 633—634. 1913.

Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der experimentellen Forschung. *Lewin.*[M]

Erhardt, Erwin: Experimentelles über Mäusecarcinom. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 27, S. 1484—1486. 1913.

Im Anschluß an die bekannten Versuche, Tumoren durch Injektionen des Tumorautolysates zu heilen, ging Verf. dazu über, die aus Tumoren gewonnenen Fermente an Stelle der gesamten autolysierten Massen zu verwenden. Es zeigte sich eine deutliche Beeinflussung von Tumoren durch die Behandlung mit den Fermenten, so daß Verf. die Heilerfolge mit Autolysaten auf die Wirkung der in ihnen enthaltenen Fermente bezieht. *Carl Lewin* (Berlin).[M]

Cole and Holding: The need of post surgical treatment in cancer. (Die Notwendigkeit der postoperativen Carcinombehandlung.) Americ. quart. of roentgenol. Bd. 4, Nr. 4, S. 213—216. 1913.

(Vorläufige Mitteilung.)

Selbst die günstigsten Statistiken über Dauerheilungen nach chirurgischer Behandlung von Carcinomen sind so wenig zufriedenstellend, daß die Hilfsmethoden wie Röntgenstrahlen, Radium, Fulguration, Thermopenetration usw. soviel als irgend möglich in die Therapie aufgenommen werden müssen. *Hochheimer* (Berlin).CH

3. Conférence internationale pour l'étude du cancer, Bruxelles 1.—5. VIII. 1913. (Internationale Konferenz für Krebsforschung.) Belgique méd. Jg. 20, Nr. 35, S. 415—417. 1913.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Coe, Henry C.: President's address: pathology the basis of gynecology. (Ansprache des Präsidenten: Pathologie, die Grundlage der Gynaekologie.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 2, S. 303—305. 1913.

Früher, als man jede Erosion oder jeden Cervixriß als carcinomverdächtig ansah, sind oft unter den vielen Portioamputationen überflüssige Eingriffe gewesen, andererseits aber auch manche beginnende Carcinome beseitigt worden. Andererseits glaubte man früher, daß für die Annahme bösartiger Tumoren im Becken lancinierende Schmerzen erforderlich seien, und man kam oft zu spät. Überhaupt war man sich vor der operativen Aera über manche Diagnosen im Unklaren, nur gelegentliche Obduktionen konnten einen Fall aufklären. Heutzutage wird großer Wert auf genaue Erkenntnis uteriner Blutungen gelegt, Probecurettage und Probeexcisionen in großem Umfange herangezogen. Ungeklärt ist die Tatsache, warum nach Mammacarcinomoperationen öfter in den Narben Metastasen auftreten als in den Drüsen. *Rittershaus.*

Rinehart, J. S.: Chairman's address before the section on obstetrics and gynecology. (Rede des Vorsitzenden an die Sektion für Geburtshilfe und Gynaekologie.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. 10, Nr. 2, S. 41—42. 1913.

Die Geburtshilfe erfordert oft mehr technisches Geschick und Kaltblütigkeit als jedes andere Spezialfach, ungeachtet der Auffassung, „die Geburt sei stets ein physiologischer Akt". Heute noch stirbt $^1/_2$% aller Ipara. Gekünstelte Lebensbedingungen des Menschen erklären dies gegenüber der geringen Sterblichkeit der Tiere. Besserung können vielleicht gesetzliche Maßregeln zur Ablegung eines Hebammenexamens bringen. Der Praktiker auf dem Lande muß mehr geburtshilfliche Technik erwerben. Das Eklampsieproblem ist zu lösen, die Zahl geburtshilflicher Operationen zu mindern, die Geschlechtskrankheiten zu verhüten, Hygiene zu lehren. Die Lehre einer doppelten Moral ist zu verwerfen. *Mohr* (Berlin).

Burnett, J. A.: Non-surgical diseases of women. (Nicht chirurg. Frauenkrankheiten.) Med. brief. Bd. 41, Nr. 8, S. 477—478. 1913.

Auf der Universität sehen die Studenten vorwiegend nur operative Gynaekologie, während in der späteren Praxis der nicht operativen Fälle eine bedeutend größere Rolle spielen. Verf. glaubt, daß die Mehrzahl gynaekologischer Leiden, von Verletzungen des Genitaltraktes natürlich abgesehen, durch interne Behandlung geheilt werden können. So kann die akute und chronische Entzündung der Ovarien ohne operativen Eingriff beseitigt werden; freilich dauert die Behandlung oft lange. Infantile Uteri werden mit Elektrizität behandelt, große Tumoren sah Verf. nach Gebrauch des galvanischen Stromes schwinden. *Rittershaus* (Coburg).

Jellett, Henry, David G. Madill and R. Marshall Allan: Clinical report of the Rotunda Hospital for one year, November, 1st, 1911, to October 31st, 1912. (Klinischer Bericht des Rotunda-Hospitals für ein Jahr, 1. Nov. 1911 bis 31. Okt. 1912.) Dublin journal of the med. science Bd. 136, Nr. 499, S. 1—19 u. Nr. 500, S. 81—92. 1913.

I. Geburtshilflicher Bericht. 4475 (2136 interne, 2339 externe) Entbindungen mit 0,43% Mortalität. — 4 Todesfälle vor Entbindung durch unvermeidliche und akzidentelle Blutungen. — Ausbruch von Sepsis in der neuen Gebärabteilung. Verschwand auf Ausschaltung der

Wassertanks. — Morbidität 5,53%. — Wöchnerinnen durften nach 12 Stunden aufsitzen, ev. zum Wasserlassen aufstehen, nach 48 Stunden täglich zweimal, nach 72 Stunden konnten sie Gehbewegungen beginnen. — Geburtsstörungen: 7 mal unvermeidliche Blutungen (4 mal Placenta praevia centralis) Braxton Hicks. Mütter leben. Einmal akzidentelle Blutung. Tamponade. 24 mal Beckenverengerung: 8 spontan, 3 mit Forceps, 3 durch Pubiotomie, 4 durch Kaiserschnitt, 4 durch Kraniotomie entbunden. Mütter leben. 10 mal Nabelschnurvorfall, 5 Kinder gerettet. 12 mal Eklampsie. 2 Mütter starben. (Behandlung nach Tweedy). 79 mal Forceps. 1 Mutter starb an Hyperemesis. 5 mal Kaiserschnitt. 1 Kind faultot geboren. Mütter leben. 3 mal Pubiotomie. Mütter wiederhergestellt (eine nach Abstoßung eines nekrotischen Knochenstückes), 1 mal radikaler Kaiserschnitt und 1 mal Hysterektomie bei Septischen. Bei letzterer (Myom) Exitus. 1 mal Hysterektomie bei Pyämie im Wochenbett. Exitus. 2 mal Excision der thrombosierten Ovarialvenen mit Heilung. Bei einem 3. fälschlich für Thrombose gehaltenen Fall Hysterektomie mit Exitus. — Vaccination wurde in einer Reihe von Infektionsfällen angewandt. II. Gynaekologischer Bericht. 587 Patienten, 479 Operationen, 1,53% Mortalität. 5 Wertheim, 15 supravaginale Hysterektomien bei Myomen, 25 Prolapsoperationen. (Wertheimsche Interposition, Kürzung der uterosakralen Bänder nach Autor.) Schilderung der Operation eines Cervixprolapses nach supravaginaler Amputation des Uterus, trotz späterer Ventrifixation der Cervix, die gleichwohl aus der Scheide hervorragte. — Fall von Laparotomie bei Fehldiagnose Appendicitis. Autopsie ergab Staphylokokkenabscesse beider Nieren. — 9 Operationen bei Hängeleib nach Autor. *Mohr* (Berlin).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Balzer, F., et Landesmann: Un cas de kraurosis vulvae; ses relations avec le lichen atrophique. (Ein Fall von Kraurosis vulvae; seine Beziehungen zum Lichen atrophicus.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **24**, Nr. 7, S. 406—412. 1913.

Seit 5 Jahren leidet die 63 jährige Patientin an Pruritus vulvae. Menopause vor 13 Jahren. Lues war nie vorhanden. Die jetzige Erkrankung ist charakterisiert durch starke Atrophie und Trockenheit der Schleimhäute und der äußeren Haut der Genitalien und Atresie der Vagina. Auf der inneren Fläche der beiden Schenkeln befinden sich weiße, runde, perlmutterglänzende Flecken, die dem Lichen atrophicus sehr ähnlich sind. Vitiligo und chronischer Gelenkrheumatismus beider Hände. Verf. meint, daß in diesem Falle die Kraurosis keinen Zusammenhang mit Syphilis hat. Wahrscheinlicher ist, daß die senile Involution der Genitalien und die Neurodermatose bei der rheumatischen und erschöpften Patientin das typische Bild der Kraurosis vulvae ergeben haben. *R. Chapuis* (Genf).

Brouha, M.: La création d'un vagin artificiel avec la relation d'un cas de transplantation vaginale de l'intestin grêle (opération de Baldwin). (Künstliche Scheidenbildung mit Bericht eines Falles von vaginaler Transplantation des Dünndarms [Baldwins Operation].) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8**, Nr. 4, S. 221—236. 1913.

Nach kurzer Darstellung der bisher für die künstliche Scheidenbildung ersonnenen operativen Methoden, die weder in ihrem direkten Operationsresultat noch auch in dem späteren funktionellen Resultat befriedigen konnten, bespricht Verf. eingehend die modernen Methoden von Baldwin und Schubert an der Hand eines eigenen, nach Baldwin erfolgreich operierten Falles.

Es handelte sich hier um eine 26 jährige Patientin, nie menstruiert, aber seit dem 16. Lebensjahr an typischen, periodisch wiederkehrenden Molimina leidend, bei vollkommener Aplasie der Scheide und des Uterus, aber normal entwickelten äußeren Genitalien und, wie die Laparotomie ergab, leicht vergrößerten und an den lateralen Beckenwandungen fixierten Ovarien mit rudimentären Tuben, von deren Mesosalpinx je eine mandaringroße Parovarialcyste herabhing. Die Operation wurde typisch durchgeführt mit Schleifenbildung des Dünndarms. Rekonvaleszenz fieberfrei. Die Scheidentamponade wurde jeden Tag erneuert unter gleichzeitiger Borsäurespülung der neuen Scheide. Während der ersten 3 oder 4 Tage klagte Patientin über ziemlich heftige Schmerzen in der Sacrolumbalgegend, die Verf. auf Zerrung des Mesenteriums zurückführt. 5 Monate nach der Operation sezernierte die 3—4 cm lange „Vagina bifida" noch geringe Mengen eines transparenten, dickflüssigen Schleimes, ohne daß es hierdurch zu einer Reizung der äußeren Genitalien gekommen wäre.

In einer kritischen Besprechung der Baldwinschen und Schubertschen Methode glaubte Verf. der ersteren den Vorzug geben zu müssen, obschon über das wichtigste funktionelle Resultat erst in einigen Jahren geurteilt werden könne. *Vaßmer.*

können ohne die geringste Gefahr einer Blutaspiration gemacht werden. 3. In Fällen von trachealer Obstruktion (Struma) bestehen keine Atemstörungen, selbst nicht bei Druck und Zug an Trachea. 4. Der Narkotiseur stört den Operateur nicht, da er weit weg sitzt. Auch bei komplizierten Lagerungen des Kranken (Bauchlage bei Laminektomie usw.) kann die Anästhesie leicht durchgeführt werden. 5. Die Atemexkursionen sind viel weniger groß, daher die Operationen in den oberen Bauchabschnitten leichter.

Beschreibung des Apparates des Verf. mit Abbildungen. Er besteht aus elektrischem Motor und Bläser. Für alle Fälle soll (wenn etwa Elektrizität versagt) bei Operation eine Fußpumpe bereit stehen. Der Anaestheticumapparat besteht aus 4 Teilen: Ätherkammer, Wärmekammer, Sicherheitsventil und Manometer. Art des Vorgehens: Tiefe Narkose des Kranken. Kopf über das Tischende legen. Unter Kontrolle des Auges Katheter einführen, bis an die Bifurkation, d. h. ungefähr 26 cm tief (hinter der Zahnreihe). Einleiten des Luftstromes mit Äther. Durchschnittlicher Druck von 20 mm Hg genügt für alle chirurgischen Eingriffe ohne Eröffnung der Brust. Nach Schluß der Operation für einige Minuten reine Luft durchlassen und Katheter vor Unterbrechung des Luftstromes herausnehmen. Die normale Atmung stellt sich fast immer unmittelbar nach der Entfernung des Katheters ein.

Verf. erlebte kein Erbrechen während der Anästhesie und nur selten später. Keine Lungenkomplikationen, sogar nicht bei einem Fall von chronischer Bronchitis. Es ist experimentell nachgewiesen, daß Chloroform bei intratrachealer Insufflation bei Katzen mehr Schaden am Respirationstraktus verursacht als Äther.

Praktische Punkte in der Technik: Einführung mit Chevalier Jackson's direktem Laryngoskop mit diffuser Beleuchtung. Katheterkompression durch die Zähne des Kranken ist durch Smithschen Knebel (ohne Zungenstück), bei Operationen am Kinn und Mund Doyenschen Knebel zu vermeiden. Bei stärkerer Stenose der Trachea (Röntgenbild) schwächerer Katheter. Sicherheit der Methode: Kein dem Anaestheticum oder der Methode zur Last zu legender Unglücksfall. Verletzungen der Schleimhaut vermeiden (Emphysem!) Obgleich manche gesunde Individuen einen exspiratorischen Druck von 160 mm Hg ausüben können, so soll doch der höchste Druck in Höhe des Blutdruckes der Aorta liegen. In einem der von Meltzer erwähnten Unglücksfälle barst die Lunge bei 120 mm Hg. Verf. geht nicht über 20—30 mm Hg hinaus. *Hoffmann* (Greifswald).CH

● **Piquand, G.: Précis d'anesthésie locale à l'usage du médecin praticien et des étudiants.** (Leitfaden der Lokalanästhesie für den praktischen Arzt und Studenten.) Paris: Soc. d'édit. scientif. et méd. 1913. VIII, 263 S. Frs. 9,—.

Autor bevorzugt gegenüber Kälte, Kompression, Äther, Methylchlorid, Äthylchlorid, Coryl, Anästyl, Cocain, Stovain, Eukain A und B, Tropäcocain, Alypin das Novocain in $^1/_{100}$ oder $^1/_{200}$ Lösung: physiologische Kochsalzlösung 100,0, Novocain 0,5, Adrenalin $^1/_{1000}$ 25 gtts, in 2 oder 4 ccm Spritze. 60 Spritzen zu 2 ccm Höchstdosis. Frische oder getrennt sterilisierte Lösungen! Bei langen Operationen vorher Morphiumskopolamin. Allgemeine Technik: Hautfalte hochheben, gleichzeitig vorstoßen und Kolben niederdrücken, gefäßreiche Partien rasch durchqueren, langsames Vorgehen gibt breitere anästhetische Zonen, im Gesunden beginnen, bis auf Aponeurose mit großer Nadel stoßen zur Anästhesierung des Bindegewebes, mit krummer Nadel zwischen Aponeurose und Muskel so viel Spritzen als Muskellagen injizieren, Einstechen in das Periost der Knochen vor Eröffnung der Gewebe. Die regionäre (Braun) und die venöse Anästhesierung (Bier) hält Autor nicht für wertvoll. — Unter der speziellen Technik: Exstirpation von Tumoren der Vulva, der Scheide; Cürettage, Operationen der Cervix, des Darmes, der Blasen- und Rectumscheidenfisteln. *Mohr* (Berlin).

Valentin, Bruno: Experimentelle Untersuchungen zur homoioplastischen Fascien-Transplantation. (*R. Virchow-Krankenh. u. pathol.-anat. Inst., Berlin.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 3, S. 574—590. 1913.

Nach kurzer Übersicht über den derzeitigen Stand der homoioplastischen Gewebsverpflanzung hat Valentin versucht, in der Annahme, daß als Grundlage für jeden Fortschritt auf diesem Gebiet die genaue Kenntnis der histologischen Vorgänge zu betrachten ist, diese bei dem einfach gebauten Fasciengewebe zu studieren. Das Anwendungsbereich der freien, allerdings meist autoplastischen Fascientransplantation ist heute bereits ein so großes, daß schon aus diesem Grunde die Frage von Interesse ist, ob nicht das gleiche Material auch homoioplastisch zu verwerten ist. Es

wurde bei einer Reihe von Hunden ein Stück der Fascia lata entnommen und dann entweder sofort einem anderen Hunde in eine Lücke des Peritoneums mit Seidenknopfnähten gepflanzt oder erst für 10—15 Minuten in körperwarme physiologische Kochsalzlösung gelegt, bis die Implantationsstelle vorbereitet war. Die Bauchhöhle wurde gewählt, weil hier rasche Herstellung der Ernährung und rascher Anschluß an den funktionellen Reiz durch teilweise Wegnahme der Bauchwand (Muskelresektion), in dem dadurch notwendigen Widerstand gegen den natürlichen Bauchdruck am besten gewährleistet schien. In sämtlichen Versuchen war nach 4—296 Tagen die Fascie zum größten Teil eingeheilt, ohne daß es zum Ersatz durch Narben- oder Bindegewebe gekommen wäre. In den ersten Tagen findet eine starke ödematöse Durchtränkung der ganzen Fascie mit leukocytärer Infiltration statt. Die charakteristischen spindeligen Kerne bleiben als Beweis des Lebens stets färbbar, auch die elastischen Fasern bleiben erhalten. Nach 24 Tagen ist bei Lupenvergrößerung kaum noch ein Unterschied von normaler Fascie erkennbar. Ob die Tiere verwandt sind, ist für die Einheilung belanglos. Bei der Homoiotransplantation spielen sich gegenüber der Autotransplantation die Einheilungsvorgänge intensiver ab, der zeitliche Ablauf ist in die Länge gezogen (etwa 100 Tage gegen 26 Tage). *Draudt.*CH

Waljaschko, G. A., und A. A. Lebedew: Zur Prophylaxe der Hernien und Vorstülpungen post laparotomiam. (*Med. Inst. f. Frauen, Charkow.*) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 4, S. 896—903. 1913.

Scheinbar eigene und in der Literatur erwähnte, schlechte Resultate bei Sekundärnähten nach Tamponade der Bauchhöhle haben die Verff. veranlaßt, der Ursache nachzuforschen. Diese liegt einmal in der Retraktion des Muskels und experimentell nachgewiesen in der Degeneration der mit dem eitrigen Tampon in Berührung kommenden Muskelfasern. Um beide Unannehmlichkeiten zu verhüten, schlagen Verff. ein ihnen selbst nicht absolut zuverlässig erscheinendes und kompliziertes Verfahren vor, nämlich, ein Stück der Fascia lata zu entnehmen und damit die Bauchwunde auszukleiden. Im speziellen: Anlegung eines Schlitzes in dem betreffenden Stück Fascia lata, dann Vernähung des Schlitzes zirkulär mit Peritoneum und Fascia transversa und zum Schluß schichtweise Vernähung der Bauchdecken an dem Transplantat, ohne dieses zu durchstechen. *Plenz* (Westend).CH

Lange, Johannes: Instrument zur Anlegung und Entfernung der v. Herffschen Klammern. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 34, S. 1263—1264. 1913.

Das Instrument ähnelt einem Köberle, an dem vorn beiderseits je zwei kurze stumpfe Krallen angebracht sind, mit denen man die Klammern fassen kann. Das Instrument soll ein exakteres Anlegen und ein schmerzloses Entfernen der Klammern ermöglichen, ohne daß die Handschuhe dabei verletzt werden. Um die Kreuzungsstelle der Klammern schlingt Lange einen dünnen Draht, wodurch das Aufspringen der Klammer vermieden wird. Zu beziehen durch H. Middendorf, Magdeburg, Breiteweg 155. *Weichsel* (Leipzig).

Hertzen, Verner v.: Über Parotitis nach operativen Eingriffen in der Bauchhöhle, insbesondere an den weiblichen Generationsorganen. (*Prof. Engströms Klinik, Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55**, Nr. 7, S. 52—94. 1913. (Schwedisch.)

Verf. berichtet über 12 Fälle von Parotitis nach operativen Eingriffen, insbesondere an den weiblichen Genitalorganen aus der Engströmschen Klinik, die unter etwa 4000 peritonealen Operationen vorgekommen. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die metastatische Parotitis, im Vergleich zu der aufsteigenden, augenscheinlich eine äußerst seltene Erscheinung ist, welche nur bei Pyämie vorkommt. In einem der Fälle kann als ätiologisches Moment ein starker Flüssigkeitsverlust angeführt werden. In 2 Fällen gab schwacher Allgemeinzustand die Disposition. In 8 Fällen bestand Blutarmut und mehr oder weniger geschwächter Allgemeinzustand. Die Narkose verlief in allen Fällen gut, außer in einem, wo beim Herausnehmen des Tumors, Puls und Respiration aussetzten. Chloroform wurde in allen Fällen gegeben, in 3 Fällen außerdem noch Äther. In 2 Fällen lag Gravidität vor. Die Komplikationen stellten sich am häufigsten am 1.—3. Tage ein; in 2 Fällen nach dem 10. Tage. Die Parotitis war von zumeist atypischem Fieber begleitet. Die Dauer der einseitigen und der doppelseitigen Fälle, welche zur Resorption gelangten, betrug durchschnittlich 7 Tage. In 2 Fällen kam es zur Bildung von Abscessen; 2 Fälle führten zum Exitus letalis.

Ist die Operation von längerer Dauer oder mit größerem Blutverlust verbunden, so soll man warme physiologische Kochsalzlösung langsam per rectum, subcutan oder

Liepmann, W.: Die Trockenbehandlung des Fluor albus mittelst des Antifluors. Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 15, S. 554—556. 1913.

Empfehlung eines dem Nassauerschen „Sickator" ähnlichen Apparates zur Trockenbehandlung des Fluors, der eigentliche Pulverträger ist durch ein Speculum geschützt, welches gleichzeitig zur mechanischen Entfaltung der Vagina dient. Der Apparat kann leicht von der Patientin selbst angewandt werden. Als wirksamstes Pulver wird 20% Lenicet empfohlen. *Grünbaum* (Nürnberg).

Uterus:

Sweeney, Thompson T.: Leukoplakia uteri. Report of a case and exhibition of specimen. (Leukoplakie des Uterus.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 243—251. 1913.

Während die Leukoplakia an Zunge und Vagina schon länger bekannt war, datiert der erste Fall von Erkrankung des Uterus aus dem Jahre 1905. Da die Krankheit in einer Hyperkeratose des Plattenepithels besteht, im Uterus aber Zylinderzellen vorhanden sind, so hat man entweder eine Fortwucherung des Cervicalepithels oder eine Zellmetaplasie angenommen. Die Erkrankung befällt Frauen zwischen dem 30. bis 45. Jahre; Diabetes, chronische Arthritis und vor allem Lues wurden ätiologisch genannt. Auf der Schleimhaut entstehen erst weißliche, durchsichtige, wenig erhabene und schwer entfernbare Flecken von unregelmäßiger Begrenzung, nach deren Entfernung das unterliegende Gewebe blutet. Später werden die Flecke dicker, schmutzig gelbweiß. Die bei der chronischen Metritis oft vorhandenen weißen Belege können leicht entfernt werden und bestehen nur aus Fibrin. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine starke Verdickung der Hornschicht mit Vermehrung der Keratinzellen. Die Erkrankung ist ausgesprochen chronisch, an sich ungefährlich, schwer beeinflußbar, kann verhängnisvoll werden durch Übergang in Carcinom.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine 35jährige, luetisch infizierte Frau mit gelbem, übelriechendem Ausfluß, Rückenschmerzen, vermehrtem Harndrang und nervösen Erscheinungen. Auf der hinteren Muttermundslippe fanden sich zahlreiche leukoplakische Flecke. Da Salvarsan ohne Erfolg, abdominale Totalexstirpation. Am aufgeschnittenen Präparat zeigte sich, daß die blaugrauen Flecke sich in den Cervicalkanal erstreckten, auch die Scheidengewölbe waren befallen. Mikroskopisch handelte es sich um eine starke Hyperkeratose mit rundlichen, Keratohyalin führenden Zellen in den tieferen epithelialen Schichten und chronischer Entzündung im subepithelialen Gewebe. Im Levaditipräparat keine Spirochäten. Behandlung in leichteren Fällen: Cervixamputation; besteht serosanguinolenter oder blutiger Ausfluß (Carcinomverdacht), Uterusexstirpation. *Rittershaus* (Coburg).

Whitehouse, Beckwith: Fibromyoma of the uterus, presenting unusual characters. (Fibromyom des Uterus mit außergewöhnlichen Charakteren.) Birmingham med. rev. Bd. 74, Nr. 420, S. 85—87. 1913.

40jähr. Patientin. Aufnahme 11. IX. 1912. Diagnose des zusendenden Arztes: Chorionepitheliom. September 1910 Abgang einer mikroskopisch untersuchten Blasenmole mit Blutung, Pat. glaubte sich im 4—5. Monat gravide. Blutungen seit Januar 1912. Pat. kommt erst September 1912 zur Kontrolle (Anämie. Erythrocyten 3 033 330, Leukocyten 10 930, Hämoglobin 50%), Uterus vergrößert. 12. IX. 1912 Exstirpation des Uterus und der Adnexe. Seitdem gesund. Im Uterus von hinten und vom Fundus ausgehend ein 8,5 : 5,5 cm großer Polyp. Der obere Teil ($^2/_3$), durch eine Rinne abgeteilt, weißgelb, fest, an der Basis ödömatös, der untere konisch, granuliert und rauh, dunkelrot mit gelben Flecken. Endometriumreste nur an dem oberen Teil. Das Endometrium rings um die Basis verdickt und weißlich. Mikroskopischer Befund: Fibromyom oben leicht ödömatös, unten thrombotisch und durchblutet. Ein Schnitt nahe der Basis zeigt starke Hypertrophie der Stromazellen des Endometrium. *Mohr* (Berlin).

Furniss, Henry Dawson: Intraligamentous fibroid causing periodic retention of urine. (Intraligamentäres Myom als Ursache periodischer Urinretention.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 27. III. 1913.) Americ. journal. of obstetr Bd. **68**, Nr. 2, S. 341—342. 1913.

Ein intraligamentär gelegenes Myom hatte zu Anfang geringe Kompressionserscheinungen gemacht (geringe cystitische Erscheinung); mehrmals kam es zu einer kompletten Harnverhaltung infolge mechanischer Verlegung der Uretra. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Lawrence, C. S.: Double uterus and vagina. (Doppelter Uterus und Vagina.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 7, S. 477—478. 1913.

Es handelt sich um einen Fall von Myombildung im Uterus und Cystenbildung in der

Scheide. Es wurde die Totalexstirpation ausgeführt und der bereits vorher erhobene Befund einer vollkommenen Verdoppelung des Uterus und ein Septum der Scheide festgestellt.

Czempin (Berlin).

Liegner, Benno: Zur Histologie des Carcinoma cervicis uteri. (*Frauenklin., Univ. Breslau.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **18,** H. 3, S. 329—363. 1913.

Das der Arbeit zugrunde gelegte Material besteht aus 30 Uteruscarcinomen, die durch Operation entfernt sind. Die histologischen Befunde der einzelnen Fälle sind ausführlich beschrieben. Verf. hat sich bei der Untersuchung nicht auf den Uterus selbst beschränkt, sondern auch Teile der Parametrien, der Scheide und die regionären Lymphdrüsen mit untersucht. In der zusammenfassenden Besprechung seiner Befunde hebt Verf. hervor, daß die einzelnen Carcinome hinsichtlich der Zellformen, des gesamten Aufbaues und des Wachstums große Differenzen aufweisen, so daß kein Fall dem anderen gleicht. Als praktisch von Bedeutung wird die Tatsache konstatiert, daß der makroskopische und mikroskopische Befund häufig nicht übereinstimmen, daß nicht selten das Carcinom viel weiter vorgeschritten ist, als nach dem makroskopischen Befund anzunehmen war und umgekehrt, z. B. vor allem die Parametrien mikroskopisch frei von Carcinom gefunden werden, obwohl sie nach dem makroskopischen Befund als sicher vom Tumor infiltriert angesehen wurden. Verf. spricht sich aus diesen Gründen für das abdominale Operationsverfahren bei Uteruscarcinom aus. Irgendwelche Schlüsse auf die Malignität des betreffenden Carcinoms aus dem histologischen Befund zu ziehen, ist nach seiner Ansicht vorläufig nicht möglich. *O. Meyer* (Stettin).

Asch, Robert: Die Trachelorrhaphie als Prophylaxe des Cervixkrebses. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 33, S. 1221—1223. 1913.

Verf. bespricht zunächst die Entstehung der Cervixrisse, weist sodann auf die Notwendigkeit der plastischen Operation alter Cervixrisse hin. Gründe dafür: 1. Entstehung von Carcinoma cervicis auf dem Grunde alter Cervixrisse; eigene Beobachtung; 2. Entstehung von eitriger Endometritis bei klaffendem Muttermund. Verf. warnt vor der Discision zur Behandlung der Gon. Endometr. Von Operationsmethoden führt er das Emmetsche und Sängersche Verfahren an. Verf. bevorzugt das letztere.

Markus (Breslau).

Kelly, Howard A., and J. Craig Neel: Carcinoma of the cervix of the uterus. (Cervixcarcinom.) (*Johns Hopkins hosp.*) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **24,** Nr. 270, S. 231—242. 1913.

Verf. empfiehlt zur Anästhesie die Tropfmethode mit Äther und Stickstoffoxydul, als beste Operationsmethode ausgedehnte Totalexstirpation. Er beklagt, daß speziell in Amerika häufig das Carcinom zu spät erkannt wird und dann inoperabel ist. Für diese Spätfälle empfiehlt er Radiumbehandlung. Als Desinfektionsmittel der Geschwulst kommen Alkohol, Sublimat und Kauterisation — zur Bauchdeckendesinfektion Jodbenzin und 3,5 proz. Jodtinktur in Betracht. Er gibt sodann eine Sterblichkeitsstatistik, empfiehlt den Ureterkatheterismus und beschreibt die Drüsenerkrankung und die ausgedehnte Wertheimsche Drüsenexstirpation, sowie die postoperative Behandlung. Es folgt eine Zusammenstellung der im John-Hopkinschen Hospital mit abdominaler Totalhysterektomie operierten Fälle von Cervixcarcinom.

Burk (Stuttgart.)

Lastaria, Francesco: Il dovere medico in rapporto del presente stato della chirurgia del cancro dell'utero. (Aufgaben des Arztes bei dem heutigen Stande der Chirurgie des Uteruskrebses.) Giornale internaz. delle scienze med. Jg. **35,** Nr. 15, S. 698—700. 1913.

Nicht nur die Laien, sondern auch die Ärzte tragen schuld an den geringen Erfolgen resp. vielen Mißerfolgen der Chirurgie der Carcinome. Zunächst muß ein Vorwurf erhoben werden gegen die große Zahl von Operateuren, die auch heute noch den absolut unzulänglichen Weg der vaginalen Hysterektomie beschreiten, aber auch die abdominal Operierenden trifft vielfach mit Recht der Vorwurf, nicht radikal genug vorzugehen: denn nur Fortnahme der gesamten Parametrien unter anatomischem Frei-

präparieren der Ureteren gibt befriedigende Resultate. Sodann trifft auch den praktischen Arzt häufig eine schwere Schuld. Die aus dem Genitale blutende Frau kommt fast immer erst nachdem alle möglichen Mittel erprobt und Hemmungen überwunden sind, zum Arzte und hier beim Arzte selbst wird dann häufig noch kostbare Zeit damit versäumt, anstatt sofort gynaekologisch zu untersuchen, ev. einen Spezialisten heranzuziehen, durch Palliativmittel die Blutung zum Stehen zu bringen, womöglich ohne an die Möglichkeit eines Carcinoms zu denken. Eingehend werden zum Schlusse die verschiedenen Verdachtsmomente und Symptome zusammengestellt. *Fuchs* (Breslau).

Green-Armytage, V. B.: Ligation of the internal iliac and ovarian arteries for inoperable carcinoma of the uterus, combined with curettage and cautery. (Unterbindung der Art. Iliaca int. und Ovarica in Verbindung mit Abrasio und Cauterisation zur Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms.) Indian med. gaz. Bd. 48, Nr. 7, S. 270—271. 1913.

Hirst, Barton Cooke: The newer operations for restoration of the pelvic floor with an original technic for exposing and uniting the injured levatores ani and deep transversus perinei muscles. (Die neueren Operationen zur Neubildung des Beckenbodens, mit eigener Technik der Freilegung und Vereinigung der verletzten Mm. levatores ani und M. transversus perinei profundus.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1148—1159. 1913.

Bei der gebräuchlichen Methode der Vereinigung der Levatoren wird oft der Transversus für jene gehalten, außerdem fehlt die Wiederherstellung der verlorenen Fixation der Levatoren an Schambein oder Os ischi. Die häufigsten Geburtsverletzungen des Beckenbodens: 1. Abreißen der Levatoren in ihrem vorderen oder unteren Teile von der Beckenwand, der noch ein Teil des Muskels anhaftet, während der andere median abgewichen. 2. Medianes Zerreißen des Transversus. 3. Zerreißen der Verbindung von M. transversus perinei superf. und Mm. bulbocavernosi in der Mittellienie, wo sie in dem Damme inserieren. — Technik des Autors: Querschnitt in den Damm, der nach unten durch einen von ersterem ausgehenden Längsschnitt halbiert wird. Nach oben 2 parallele Schnitte längs der lateralen Flächen der Sulci posteriores. Wegschneiden der Schleimhautecken, nur die vordere spitz zugeschnittene Zunge bleibt. Jederseits 2 tiefe parallele schräge Schnitte in der Gegend der Zerreißung der Levatoren nahe der Beckenwand, stumpfe Erweiterung derselben, Vernähung der Levatoren- und der Transversusenden, Schluß der Darmwunde wie bei Emmet unter Mitfassen des Transversus superficialis und der Bulbocavernosi. *Mohr* (Berlin).

Hazen, Roland: Perineorrhaphy with the buried layer stitch. (Perineorrhaphie mit versenkter Schichtnaht.) Internat. journal of surg. Bd. 26, Nr. 6, S. 214—222. 1913.

Ausführliche Beschreibung der Methode. Versenkte Nähte in 4 Schichten durch Levator ani, dessen Fascien, das submuköse und subcutane Bindegewebe, von einer queren Incision an der hinteren Commissur. Scheidenschleimhaut wird nur dann reseziert, wenn tiefe Narben nach Zerreißungen bestehen oder das Vaginalrohr infolge Schlaffheit sehr weit ist. Bei frischen Geburtsverletzungen macht Hazen auch Levatornaht. Nahtmaterial ist dünnes Catgut. *Mathes* (Graz).

Labeyrie, Georges: La rétroversion utérine. (Die Retroversion der Gebärmutter.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 651, S. 225—229. 1913.

Schmerzen sind die wichtigsten Symptome der Retroflexio; andere funktionelle Störungen sind nicht von ihr abhängig oder bedeutungslos. Retroflexio ist ein häufiger Zustand, Krankheit ist sie selten. Die Schmerzen vieler nervöser Frauen im ganzen Bauch sind keine Zeichen der Retroflexio. Erst, wenn durch genaue Untersuchung alle anderen Organe als Krankheitssitz auszuschließen sind, ist Behandlung der Retroflexio am Platze. Bei vergrößertem Uterus Alquié-Alexander; bei Verwachsungen Laparotomie. Wenn Adnexe abgetragen werden müssen, entferne man auch den Uterus; direkte Ventrofixation ist mit Rücksicht auf ev. Konzeption und wegen nachträglicher Schmerzen zu widerraten. *Mathes* (Graz).

Drew, Douglas: Procidentia of the uterus and rectum at the age of 27 years with remarks on the treatment. (Uterus- und Rectumprolaps bei einer Siebenundzwanzigjährigen nebst Bemerkungen über die Behandlung.) Lancet Bd. 185, Nr. 4690, S. 136—137. 1913.

Pat. seit ihrer Kindheit mit einem Rectumprolaps behaftet, acquirierte nach einer Entbindung einen Prolaps von Cervix und Scheide. Beim Zurückbringen des Darmes erweist sich der Sphincter sehr wenig kontraktionsfähig. Bei der Operation wurde das Rectum nach der Methode von Ball in der Fossa iliaca fixiert und dann nach Incision des Peritoneums eine Anzahl Nähte zwischen dem Muskel und den Taenien des Darmes angelegt. Die Ränder des Peritoneums wurden an das Rectum angenäht. Der Uterus reichte beim Heraufziehen fast bis zum Nabel. Er wurde durch mehrere versenkte Silknähte zwischen Uterusvorderwand und Aponeurose an letztere fixiert. Das Resultat war trotz nachfolgender Entbindung ein gutes, obgleich sonst Ventrofixation nur in Kombination mit Kolpo-perineorhaphie zu empfehlen ist.

Burk (Stuttgart).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Tuffier, Th., Les greffes ovariennes humaines. (Suites éloignées.) (Ovarientransplantationen beim Weibe. [Spätfolgen.]) Journal de chirurg. Bd. 10, Nr. 5, S. 529—537. 1913.

Von 44 Patientinnen, bei denen der Verf. die Ovarientransplantation vornahm, konnte er 19 in der Folgezeit beobachten, 18 davon waren nach einer mehr oder weniger langen Pause (bis 7 Monate) menstruiert. Jedesmal war 3—10 Tage vor der Blutung eine Schwellung bei einem der in das subperitoneale Zellgewebe transplantierten Ovarien zu beobachten, die mit dem Einsetzen der Menstruation verschwand. Bei einigen Patientinnen traten während des Interregnums zwischen Operation und der ersten Menstruation Ausfallserscheinungen ein, trotzdem die Ovarien allmonatliche Volumenzunahme zeigten. War der Uterus exstirpiert, so traten die Beschwerden der Menopause gleichfalls auf.

Tuffier folgert aus seinen Ergebnissen und Beobachtungen, daß die Menstruation vor allem wichtig für Erhaltung des physiologischen Gleichgewichts der Frau sei und daß aus diesem Grunde die Operationen für Uterus und Ovarien möglichst konservativ gestaltet werden müssen. Er zieht es vor, die Ovarien an eine Stelle zu transplantieren, von der sie nötigenfalls unter Lokalanästhesie durch einen einfachen Schnitt entfernt werden können, und sie nicht an ihrem Platze zu belassen, da hier auftretende Beschwerden einen ungleich schwereren Eingriff bedingen. Zweimal sah sich Autor gezwungen, später (in einem Falle nach $3^1/_2$ Jahren) das eine der transplantierten Ovarien zu exstirpieren; in beiden Fällen ergab die mikroskopisch-anatomische Untersuchung die Anwesenheit von frischen Corpora lutea. Bei der einen Operation wurden spritzende Arterien und große Venen, zwischen dem umgebenden Gewebe und dem eingebetteten Organ verlaufend, vorgefunden. Bei Frauen über 40 Jahre sah T. die Menstruation nicht wieder auftreten; für gelegentliche Mißerfolge kommen Funktionsunfähigkeit des transplantierten Organs, ungünstiger Einbettungsboden und Operationsfehler in Betracht. *Weishaupt* (Berlin).

Steinharter, E. C.: Endothelioma of the ovary, with report of case of mesothelioma of the ovary. (Ovarialendotheliome. Bericht über einen Fall von Ovarialmesotheliom.) Lancet-clin. Bd. 60, Nr. 4, S. 84—87. 1913.

An der Hand eines malignen doppelseitigen Ovarialtumors von teilweise cystischer Beschaffenheit, traubenartigem unregelmäßigem Bau, mit blutig schleimigem Inhalt und zahlreichen Metastasen auf dem Peritoneum, in der Lunge und in den Lymphknoten, diskutiert der Verf. die Schwierigkeiten, diese ebensowohl carcinom- wie sarkomähnlichen Tumoren richtig zu klassifizieren. Er möchte das von ihm untersuchte Neoplasma in keine der genannten Geschwulstarten einordnen und ebensowenig die von Golgi, Leopold, Marchand, Pick und Amann für diese Tumoren gewählte Bezeichung als Endotheliome anwenden. Auf die mesodermale Genese der Keimdrüsen zurückgreifend und darauf die histologischen Besonderheiten der aus ihnen hervorgehenden malignen Tumoren zurückführend, schlägt er vor, diese Ovarialgeschwülste, deren Nomenklatur schon so viel Verwirrung angerichtet hat, als Mesotheliome zu bezeichnen. *Weishaupt* (Berlin).

Jessup, D. S. D: Adrenal rest in the ovary. (Nebennierenrest in einem Ovarium.) (*Sloane hosp.*) Proceed. of the New York pathol. soc. Bd. **13,** Nr. 3/4, S. 67—69. 1913.

Verf. fand in einem Ovarium eines Neugeborenen, und zwar in der Rinde, eine kreisförmig angeordnete Gruppe von Zellen, die er für Nebennierengewebe anspricht, wie solches ja auch schon früher im Lig. latum, im Nebenhoden, an den Tuben gefunden wurde. Die nach außen gelegenen Zellen entsprechen im vorliegenden Falle der Zona glomerulosa, die inneren der Zona fasciculata der Nebenniere. *Rittershaus* (Coburg).

Chauffard: Diagnostic différentiel entre une ascite et un kyste de l'ovaire. Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24,** Nr. 13, S. 199—202. 1913.

Differentialdiagnose zwischen einem Ascites und einem Ovarialcystom. Differentialdiagnostische Erwägungen zwischen einem durch Lebercirrhose bedingten Ascites und einem Ovarialcystom. *Münnich* (Erfurt).CH

Paucot, H., et J. Vanverts: Les phénomènes d'auto-intoxication dans la torsion des kystes de l'ovaire. (Die Erscheinungen der Autointoxikation bei der Torsion der Ovarialcysten.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 33, S. 655—656. 1913.

Ein Fall, in dem das hohe Fieber (39°) sofort nach der Exstirpation der Cyste abfällt. *Daels* (Gent).

Stevens, T. G.: Salpingo-oöphoritis. (Salpingo-Oophoritis.) Med. review Bd. **16,** Nr. 8, S. 406—412. 1913.

Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Formen der Salpingitis, wobei er betont, daß Oophoritis allein nicht vorkommt. Sie kann zur Beckenperitonitis, zur Tubo-ovarialcyste bzw. zum Tubo-ovarialabsceß führen. Dann bespricht er eingehend die Symptome der Erkrankung. Leichtere Fälle pflegen nach einem akuten Anfall binnen 3 Wochen zu heilen, doch besteht ständig Rezidivgefahr, während schwere sofort in Eiterung übergehen und zu hohem Fieber, Schweißen, Kräfteverfall und Leukocytose führen. Die Diagnose muß vor allem das Vorhandensein einer Appendicitis ausschließen, was häufig sehr schwierig ist. Häufiger kommt eine sekundäre Mitbeteiligung des Appendix bei Salpingo-Oophoritis vor als umgekehrt. Tubenabort und Tubenschwangerschaft können ebenfalls genannte Erkrankung vortäuschen. Für die Behandlung empfiehlt Stevens zunächst Palliativa in Gestalt von warmen Umschlägen und Heißluftanwendung. In Fällen, wo es zur Abscedierung kommt, empfiehlt sich womöglich nur eine einfache Incision im vorderen Scheidengewölbe. Kommt der Fall nicht zur Ausheilung und treten sekundäre Erscheinungen in Gestalt von Dysmonorrhoe usw. auf, so ist addominale Operation angezeigt, ebenso bei chronischen Fällen. Verf. empfiehlt möglichst ein Ovarium bzw. einen Rest eines solchen zu erhalten, geschlossene Tuben eventuell mit einem neuen Ostium zu versehen, also nicht allzu radikal vorzugehen. *Burk* (Stuttgart).

Alfieri, Emilio: Fibromiomi del legamento largo. (Fibromyome des breiten Mutterbandes.) (*Scuola di ostetr., univ., Perugia.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 3, S. 65—84. 1913.

An der Hand von Abbildungen beschreibt Verf. eingehend nach einleitenden Worten über Fibromyome vier von ihm behandelte Fälle und weist nachdrücklich darauf hin, daß die Operationsmethode je nach dem primären Ursprung des Myoms im breiten Mutterband selbst oder nach dem sekundären, d. h. vom Uterus, der Cervix oder den Adnexen ausgehend, eine verschiedene ist. Das Bestimmen des primären oder sekundären Ursprungs ist mit Schwierigkeiten verknüpft. Ist das Fibromyom gestielt, oder ist eine Kapsel, welche den Tumor mit den benachbarten Organen verbindet, vorhanden, so ist das Myom sicher sekundären Ursprungs. Doch beweist umgekehrt das Fehlen dieser Merkmale noch nicht den primären Ursprung. Meist gehen die Fibromyome sekundären Ursprungs von den Fasern der äußeren Uterusmuskulatur aus und häufig finden sich Knoten im breiten Mutterband in Verbindung mit Uterusmyomen vor. *Burk* (Stuttgart).

Falgowski: Zur operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Beckeninfiltrate mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis posterior. (*Falgowskische Frauenklin., Posen.*) Gynaekol. Rundschau Jg. 7, H. 16, S. 585—591. 1913.

Nach eingehender Würdigung der bisherigen operativen Verfahren schildert Verf. seine eigene Methode an der Hand von 4 Fällen. Operationsverlauf: Vordere Kolpotomie mit Eröffnung der Plica und Lösung der Adhäsionen bis etwa zum Fundus, dann hintere Kolpotomie, wobei ebenfalls sämtliche Adhäsionen teils stumpf, teils scharf durchtrennt werden. Nachdem so der Uterus isoliert ist, fixiert er ihn bei jüngeren Frauen mit 3 Catgutfäden an dem unteren Teil der vorderen Scheidenwand und drainiert von den Fixationsfäden an über den Fundus und die hintere Uteruswand hinweg nach der Scheide zu mit 2—3 m langen Mullstreifen, die mit 5—10% Campheröl imprägniert sind. Totalexstirpation empfiehlt er nur bei älteren Frauen. Falgowski betont, daß durch seine Methode besonders der Nervenstatus gehoben wird, und die dabei häufigen Blasen- und Harnleiterkatarrhe schnell gebessert werden. *Rothmann.*

Bauchorgane:

Smith, Richard R.: A description of the enteroptotic woman. (Eine Beschreibung des enteroptotischen Weibes.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 1, S. 71—81. 1913.

Verf. zeigt an der Hand von zahlreichen photographischen Aufnahmen die Unterschiede zwischen der erworbenen und der angeborenen Form und legt besonders Nachdruck darauf, daß visceraler Prolaps nur eine Teilerscheinung des Krankheitsbildes ist. Nicht außer acht zu lassen ist besonders die Konfiguration des Thorax, der sich bei der kongenitalen Gruppe durch auffallende Flachheit, starke Schrägung der unteren Rippen und engen epigastrischen Winkel kennzeichnet. Zweifellos wirkt hierbei neben schlechten Wachstumsbedingungen nach Ansicht des Verf. ein starker hereditärer Einfluß mit. Bei den erworbenen Formen der Enteroptosis hat man es nicht mit lange bestehenden fundamentalen Defekten zu tun, sondern es wirken durch Verlust an Fett, allgemeine Erschlaffung der umgebenden Gewebe in der Hauptsache mechanische Ursachen. In solchem Falle ergibt die Anamnese meist einen früheren guten Ernährungszustand des Individuums, die Gewebe waren früher kräftig, der Thorax geräumig und gut entwickelt und erst später trat, verursacht durch schwere Krankheit und schlechte Ernährung, Gewebserschlaffung ein. Der diagnostische Wert der Röntgenbeobachtung des Wismutbreies wird an 9 Abbildungen gezeigt. *Weißwange* (Dresden).

Daniel, Constantin: Die Leistenhernien der weiblichen Geschlechtsorgane. Hernien-Adnexitiden. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 18, H. 3, S. 312 bis 328. 1913.

Die Leistenhernien der weiblichen Geschlechtsorgane kommen in jedem Lebensalter vor, am häufigsten bei Kindern in den beiden ersten Lebensjahren. Ihr frühes Auftreten wie das häufig gleichzeitige Vorhandensein von Mißbildungen am Genitale spricht für angeborenen Ursprung der meisten dieser Hernien, die als eine Art Uterusadnexektopie betrachtet werden können. Inhalt: Uterus allein oder mit Adnexen, Ovarium allein oder mit Tube, Tube allein sehr selten und am häufigsten Adnexe einer Seite (10 unter 21 Fällen). Entstehungsursachen: Angeborene Adnexhernien entstehen in einem bereits vorher gebildeten Peritonealsack, Uterushernien bei Nulliparis sind sekundär Folge der Adnexhernie, können aber auch durch Gleitungsmechanismus entstehen. Angeborene Verlängerung des Lig. lat. und abnorm lange Tube spielen ätiologische Rolle. Im späteren Alter erworbene Genitalhernien sind oft Folge früherer Schwangerschaften, unter deren Einfluß Verlängerung der Ligg. lat. und des Bandapparates des Uterus und der Adnexe entsteht. Weder Ovulation noch Befruchtung verhindert, selbst bei doppelseitiger Ovarialhernie Geburt reifer Kinder möglich. Diagnose des Genitalinhalts in einer Leistenhernie wird oft nur vermutet, da fast immer bei operativen Eingriffen Überraschungen. Am ehesten zu diagnostizieren sind Ovarialhernien, da Organ rund, glatt, regelmäßig, druckempfindlich, mit Stiel, der im Leistenkanal steckt und bei Menstruation mancherlei Störungen. Bimanuelle Untersuchung bei jeder Leistenhernie vorzunehmen, da hierdurch mancherlei Aufschluß für Diagnose.

Gefährliche Komplikationen sind Einklemmung, Infektionen des Ovars und der Tube, Schwangerschaft und am häufigsten Torsion des Hernienstiels mit den ev. Folgen der Peritonitis und des Darmverschlusses. Sind die Adnexe der Sitz infektiöser Erscheinungen, so können alle Stadien von der katarrhalischen Salpingitis bis zur Pyosalpinx vorkommen. Konservative Behandlung mit Bruchband bis zum 5. Lebensjahr, da im frühen Kindesalter Heilungen nicht selten, nach dem 5. Jahre chirurgische Behandlung. Bei unkomplizierten Hernien operatives Verfahren mit möglichster Erhaltung der prolabierten Organe, bei Unmöglichkeit der Reponierung und akuten Entzündungsvorgängen Eingriff je nach Lage des Falles.

Verf. beschreibt einen eigenen einschlägigen Fall. Rechte Salpingooophoritis in einem Leistenbruchsack bei einer 31jährigen Patientin. Bruchschnitt, einseitige Kastration, Radikaloperation der Hernie, Heilung. *Graeupner* (Bromberg).

Pellegrini, Augusto: Utero colle due trombe e due testicoli nel sacco erniario di un soggetto con genitali esterni maschili normalmente conformati. (Uterus mit zwei Tuben und zwei Hoden im Herniensack bei einem männlichen Individium mit äußerlich normalen männlichen Genitalien.) (*Clin. chirurg., univ. Perugia.*) Ginecologia Jg. **10**, Nr. 5, S. 135—138. 1913.

Bei Operation eines rechtseitigen Leistenbruches fand Verf. im Herniensack eingeschlossen 2 Testikel, einen Uterus und zwei gut entwickelte Tuben vor. Äußerlich waren die männlichen Geschlechtsorgane durchaus normal entwickelt. Der Bruchinhalt konnte nicht isoliert werden, weil das Peritoneum zugleich den Bruchsack bildete. Eine Verbindung zwischen Uterushals und Ureter konnte nicht festgestellt werden. *Burk* (Stuttgart).

Patel, M., et P. Santy: Un cas de torsion intra herniaire du grand épiploon. (Ein Fall von Drehung des großen Netzes im Bruchsack.) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 1, S. 35—37. 1913.

In dem durch Hernio-Laparotomie freigelegten Bruchsack fand sich fast das ganze mehrfach um seine vertikale Achse gedrehte große Netz, das zunächst den Anblick einer eingeklemmten Flexura sigmoidea darbot. Die Drehung begann im inneren Leistenring an der Einschnürungsstelle; oberhalb am Colon transversum fand sich noch ein kleines Stück normalen, nicht torquierten Netzes. Abtragung des Netzes, Radikaloperation der Hernie. Heilung. *Hochheimer* (Berlin).CH

Kerr, A. A.: Accidents and complications of hernia. Report of some interesting cases. (Ereignisse und Komplikationen der Hernien. Bericht über einige interessante Fälle.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 7, S. 245 bis 248. 1913.

Verf. erläutert die bei Hernien möglichen Komplikationen, vor allem Entzündung, Incarceration, Strangulation, Darmobstruktion und die Gangrän und schildert den Mechanismus dieser Vorgänge. Bekannt ist unter anderen auch, daß (nach Kiliani in 1—$2^1/_2$% der Fälle) ein Teil der Blase oder auch der Appendix sich im Inhalt einer Leistenhernie vorfinden kann. Verf. berichtet über fünf interessante Fälle von Nabel-, Leisten- und Schenkelhernien, die durch ihre Komplikationen erwähnenswert sind. *Weisswange* (Dresden).

Sasaki, J.: Vergleichende Studien über den Nahtverstärkungswert des ungestielten Netz-, Peritoneal- und Mesenteriallappens. (*Chirurg. Klin., Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **123**, H. 1/2, S. 62—102. 1913.

Zur Entscheidung, ob frei transplantierte Netz-, Peritoneal- oder Mesenteriallappen imstande sind, unzureichend genähte Magen- oder Darmwunden genügend zu sichern, um eine Peritonitis zu vermeiden, hat Sasaki zahlreiche Experimente an Hunden ausgeführt und kommt zu dem Ergebnis, daß frei transplantierte Peritoneal- oder Mesenteriallappen schnell genug mit dem operierten Darmteil, um den sie herumgenäht wurden, verkleben, um einen sicheren Abschluß zu gewährleisten. Die Versuchsanordnung geschah meist so, daß bei Dünndarmresektionen die Darmenden nur mit einer einzigen Naht aneinander genäht wurden ohne Seroserosanaht; statt dessen der transplantierte Lappen. Bei den Peritoneal- oder Mesenteriallappenversuchen blieben die Tiere am Leben, dagegen gelang dasselbe mit freitransplantierten Netzlappen nicht. S. führt das Versagen der Netzlappenplastik auf die geringere und unregelmäßigere

Entwicklung des elastischen Fasernetzes im Netz zurück, das sich deshalb nicht so eng an den operierten Darmteil anlegen kann. *v. Tappeiner* (Greifswald).CH

Crisler, Joseph A., and Eugene J. Johnson: The surgical treatment of infections of the peritoneum with especial reference to the immediate sterilization of the same. (Die chirurgische Behandlung der peritonealen Infektionen durch sofortige Desinfektion.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 3, S. 200—205. **1913.**

Nach einer allgemeinen Erörterung der Pathologie und Prophylaxe der Peritonitis gehen die Verff. genauer auf die Behandlung ein, welche sie in den letzten Jahren angewendet haben. Nach vorangegangenen Tierversuchen behandeln sie die Bauchhöhle, sowohl bei der lokalen, als auch der allgemeinen Peritonitis jeglicher Ätiologie, nach der Entfernung des Eiters, mit einer auf ein Drittel verdünnten Jodtinktur, welche sie in Mengen von 1—4 l in alle Nischen und Taschen hineinbringen und in größerer Menge in der Bauchhöhle zurücklassen; sie haben in über 1000 Fällen sehr gute Resultate gehabt und alle Patienten, die nicht bereits moribund eingeliefert wurden, retten können. Irgendwelche Giftwirkungen oder Adhäsionsbildungen wurden von dem Mittel nicht beobachtet. Die Mortalität betrug noch nicht 2%. Sie haben diese Behandlung auch ausgedehnt auf Gelenk- und Pleuraeiterungen und in wenigen Fällen auf die lokale Meningitis. *Rittershaus* (Koburg).

Weber, Franz: Ein Fall von Pfählungsverletzung. Im Anschluß daran einiges über Prophylaxe und Therapie der Peritonitis. (*Univ.-Frauenklin., München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1772—1773. 1913.

21 jähriges Mädchen fällt auf dem Heuboden in einen Rechenstiel, der ihr angeblich 30 bis 40 cm tief in die Vagina eindringt. Mehrstündiger Transport nach der Klinik. Keine äußere Verletzung; im linken Scheidengewölbe ein für 2 Finger durchgängiger fetziger Riß in das Parametrium. Da bei der Aufnahme keine peritonitischen Erscheinungen vorhanden waren, wurde nur ein Jodoformgazestreifen in den Riß eingelegt und die Scheide leicht tamponiert. Nach 12 Stunden traten heftige peritoneale Erscheinungen auf, daher Laparotomie. In der Bauchhöhle, besonders im Douglas, massenhaft flüssiges und geronnenes Blut. Unterhalb des l. Ovariums ein 5 cm langer, fetziger Riß im Peritoneum, durch das Parametrium in die Scheide gehend. Abdominalorgane sonst unverletzt. In steilster Beckentieflagerung wird die Bauchhöhle mit 25 l Kochsalzlösung ausgespült, der Peritonealriß vernäht, das Parametrium nach der Scheide zu offengelassen, 30 ccm 10 proz. Campheröl in die Peritonealhöhle verteilt. Schluß der Bauchhöhle. Verlauf vollständig reaktionslos. Wenige Stunden nach der Operation wurden 2,0 ccm Pituitrin injiziert, worauf Blutdrucksteigerung und reichliche Peristaltik und Diurese eintreten, was den Heilungsprozeß förderte. Doch wird der günstige Verlauf hauptsächlich auf die reichliche Kochsalzspülung zurückgeführt.

Verf. weist nun an der Hand von 200 günstigen Fällen nach, daß die ausgiebige Kochsalzspülung der Peritonealhöhle, wenn diese irgendwie verunreinigt ist, sei es durch geplatzte Pyosalpinx oder Ovarialtumoren oder durch Tubaraborte usw., sehr guten Erfolg gehabt hat und daß sie viel schonender als das trockene Austupfen ist. Eine folgende Einverleibung von sterilem Campheröl erhöht den Erfolg. Selbst bei schon vorhandener Peritonitis wurden mit Kochsalzspülung und Campheröleingießung ausgezeichnete Erfolge erzielt. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Holterdorf, A.: Tetanie bei Perforationsperitonitis. (*Krankenh. d. barmherz. Brüder, Dortmund.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 31, S. 1499—1500. 1913.

Man muß eine primäre und sekundäre Tetanie unterscheiden. (Sekundäre Tetanie bei Typhus, Variola, Morbus Basedowii, akuten Magendarmstörungen, ferner Gastrektasie bei Pylorusstenose, Gravidität, Vergiftungen.) Verf. beschreibt eine sekundäre Tetanie bei einer Perforationsperitonitis. Die Tetanie wurde erst von der Zeit des Ausbruches der diffusen Peritonitis beobachtet. Man wäre geneigt anzunehmen, daß die Epithelkörperchen, deren sekretorische Funktion im Blute kreisende, insbesondere das Zentralnervensystem angreifende Gifte zu neutralisieren vermag, durch die primäre Erkrankung geschädigt worden seien. Die pathologisch-histologische Untersuchung ergab jedoch keinerlei Veränderungen. Man kann also die sekundäre Tetanie in diesem Falle nur so erklären, daß das zentrale Nervensystem direkt ohne Vermittlung der Epithelkörperchen durch die resorbierten Giftstoffe im Sinne der Tetanie alteriert wurde. *Olbert.*M

Tate, Magnus A.: Sarcoma of omentum. (Sarkom des Netzes.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1142—1147. 1913.

Das Netz schützt die Eingeweide gegen äußere Einflüsse, das Peritoneum gegen Keime von innen (Hadra). Es hat keine Spontanbewegung noch Chemotaxis. Seine Wirkung gegen Infektionen durch Adhäsionsbildung und Phagocytose wird überschätzt (Rubin). Transplantationen sind gefährlich (Nekrose!). Groß ist seine Resorptionsfähigkeit.

32jähr. Patient. Seit Jahren kleine linke Inguinalhernie, die durch Heben plötzlich größer und irreponibel wird. Nach 2 Monaten Operation der jetzt auch scrotalen Hernie. Im Bruchsack Hoden und Samenstrang von Netz umgeben. Da dieses auf Zug sich nicht vorziehen läßt, Eröffnung des ganzen Leistenkanals. Rund um diesen Paraffinmassen (vor 2 Jahren von „Spezialist" eingespritzt!). Entfernung von Paraffin, Hoden und dem halben Netz mit Tumor (Rundzellensarkom). Nach 16 Monaten Rezidiv. Die Paraffininjektion als Ursache des Sarkoms?

Das Netz wird sehr oft in Hernien gefunden. — Abtragung des Netzes kann nach sich ziehen: Blutung aus schlecht versorgtem Stumpf oder Absceß an demselben, Schädigung der benachbarten Därme durch falsche Ligatur (Bull). 16 Fälle von primärem Sarkom des Netzes (Bonamy). — Autor zählt 22 Fälle auf. *Mohr.*

Faulhaber, M.: Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffw.-Krankh. Bd. 5, H. 1, S. 1—59. 1913.

Pauchet: Traitement de la stase intestinale chronique (33 anastomoses, 3 résections du gros intestin). (Behandlung der chronischen Verstopfung. 33 Anastomosen und 3 Resektionen des Dickdarms.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 39, Nr. 27, S. 1144—1151. 1913.

Die 33 Anastomosen, die Pauchet wegen chronischer Verstopfung gemacht hat, setzen sich 'zusammen aus 1. 7 Seit-zu-Seit-Anastomosen zwischen Ileum und der Flex. sigm. Die Resultate waren mäßig, weil der Darminhalt, wie die Röntgenuntersuchung mit Wismutbrei ergab, die neue Darmöffnung nicht benutzte. 2. 14 End-zu-Seit-Vereinigungen zwischen Ileum und der Flexur. Die Resultate waren besser. Die Entleerung des Darmes war beinahe eine vollständige, obwohl auch bei diesem Verfahren ein Teil der Faeces noch rückläufig in das Coecum gelangte und dort stagnierte. 3. 5 doppelte Implantationen des Ileum in die Flexur, die so vorgenommen wurden, daß das Ileum 7—8 cm vor der Valvula Bauhini durchtrennt und dann sowohl das zu- wie das abführende Ende desselben End-zu-Seit mit der Flexur verbunden wurde. Die Resultate waren nicht besser als die der einfachen End-zu-Seit-Anastomose. 4. 2 Ileo-Coeco-Sigmoidostomien. Vereinigung sowohl des Ileum als des Coecum mit der Flexur. Resultat gut, da sich so das Coecum größtenteils ins Kolon entleerte. 5. 4 einfache Coecosigmoidostomien. Erfolg gut, wenn das Ileum frei und das Coecum dilatiert war. 6. 2 Coecosigmoidostomien in Y-Form, deren nähere Ausführung nicht beschrieben wird. Sie ergaben gute Resultate. 7. 1 Kolo-Kolostomie. 8. 3 totale Kolonresektionen. Sie wurden veranlaßt durch Beschwerden, welche in 3 Fällen von einseitiger Ausschaltung des Dickdarms aufgetreten waren und wurden 5 Monate nach der ersten Operation ausgeführt. Die Resektionen hatten aber 3 Übelstände im Gefolge: 1. Trat eine Art von Verhärtung an der Insertionsstelle des Mesocolon asc. und desc. auf. 2. Waren die erzielten Erfolge beinahe gleich Null. 3. Hatten die Patienten ein Gefühl von Hin- und Herschwanken (ballotement) im Leibe hervorgerufen durch die exzessive Beweglichkeit des Dünndarms.

P. hat deshalb die Totalresektion des Dickdarms aufgegeben und bevorzugt die einfache Coecosigmoidostomie oder diese in Verbindung mit End-zu-End-Anastomose zwischen Ileum und der Flexur. Nachbehandlung mit Gymnastik, Massage und Körperpflege ist erforderlich.

In der an den Vortrag P.'s sich anschließenden Diskussion hebt Tuffier hervor, daß die Ursache der chronischen Verstopfung 1. in Abknickungen, 2. in einer Muskelschwäche des Dickdarms und 3. in Schleimhautveränderungen zu suchen sei. Im Gegensatz zu P. glaubt Delbet, daß nicht die Kranken mit Hängebauch oder schlaffen Bauchdecken Gegenstand chirurgischer Behandlung sein dürfen, sondern junge Mädchen mit Erscheinungen genitaler Aplasie. Die Kotstauung sitzt im Coecum. Nach einer Ileotransversostomie mit Resektion des Coecum, Colon asc. und eines Teiles des transv. sah Delbet völlige Heilung. Souligoux glaubt, daß die Peristaltik den Darminhalt auch nach einer Coecosigmoidostomie noch in das Coecum treibe. P. erwidert, daß die Röntgenuntersuchung mit Wismutbrei den Übertritt der Faeces in die Flexur erkennen lasse. *Brentano.*[CH]

Bunting, C. E., and A. P. Jones: Intestinal obstruction in the rabbit. 2. (Darmverschluß beim Kaninchen.) (*Pathol. dep., univ. of Wisconsin, Madison.*) Journal of exp. med. Bd. **18**, Nr. 1, S. 25—28. 1913.

Wie die Verff. in einer früheren Arbeit auseinandersetzten, hat der Verschluß des Duodenums durch Ligatur schneller den Tod zur Folge als der des Pylorus oder Ileums. Sie führten diese Tatsache auf die Resorption eines toxischen Sekretes der Duodenalschleimhaut zurück, das in den unteren Partien des Darmes durch die dort abgeschiedenen Sekrete neutralisiert würde. Diese Sekretionsverhältnisse haben jetzt die Verff. eingehender untersucht, indem sie bei Kaninchen Darmschlingen in verschiedener Höhe durch Unterbindung ausschalteten, natürlich unter Berücksichtigung des Ductus choledochus und pancreaticus. Das Ergebnis war, daß beim hungernden Kaninchen der einzige Abschnitt des Dünndarms, der sezernierte, der zwischen Pylorus und Einmündung des Ductus pancreaticus befindliche war, während die übrigen Partien leer waren. Anatomisch ist der sezernierende Teil ausgezeichnet durch die Anwesenheit der Brunnerschen Drüsen, die daher nach Verff. Ansicht wahrscheinlich das Sekret produzieren. *Wehl* (Celle).[CH]

Mason, J. J.: Notes on two cases of intestinal obstruction. (2 Fälle von Darmverschluß.) Canadian med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 7, S. 588—591. 1913.

I. 46jähr. Patient. 14 Stunden nach Hufschlag auf das linke Abdomen. Laparotomie. Fingergroßer Riß im Beginn des Jejunum mit 2 Nähten und 2 Tabakbeutelnähten geschlossen. Kleiner Riß im Mesokolon. In der Bauchhöhle freie Flüssigkeit. Drainrohr durch die Bauchwunde. Fowlersche Lage, Kochsalzinstallation. Temperaturanstieg, Pulsbeschleunigung, Spannung der Bauchdecken, Eiterung der Wunde. Besserung nach 8 Tagen. Täglicher Stuhlgang bis nach 13 Tagen. Temperaturanstieg, Puls beschleunigt. Relaparotomie. Bei Incision fällt ein Bündel schlaffer und ein solches höchst geblähten Dünndarmes vor. Der Verschluß schien die Folge von Beckenverklebungen zu sein. Vernähung der geblähten Partie an das Peritoneum, Anus praeternaturalis. Heilung mit 2 ventralen kleinen Hernien. Schmerz und Erbrechen hatte bei dem Darmverschluß gefehlt! Anästhesie bei der 2. Laparotomie durch $^1/_2$ proz. Cocain-Kochsalzlösung. — II. 71jähr. Patientin. Vor 3 Wochen Schmerz in oberer Bauchgegend. Seit 2 Wochen Erbrechen, Darmblutung, Schmerzen. Tumor in der rechten Seite, in das Becken hinabreichend. Kotbrechen. Laparotomie. Carcinom von Eigröße an der ileocöcalen Vereinigung. Drüsenmetastasen. In der Bauchhöhle Flüssigkeit. Lateralanastomose zwischen Dünndarm und Kolon. Heilung. *Mohr* (Berlin).

Wiegels, Wilhelm: Ileus und Appendicitis. (*Chirurg. Priv.-Klin. v. Hofrat Krecke, München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 30, S. 1644—1649. 1913.

In jedem Stadium des Verlaufs einer Appendicitis kann es zu Ileuserscheinungen kommen. Rechnet man die Fälle von „atonischem Darmverschluß" ab, so können die durch mechanische Störungen bedingten Ileuserscheinungen schon im Frühstadium oder aber auch erst nach Jahren auftreten. Wiegels beobachtete drei frühzeitige Fälle, in denen die Absceßbildung gemeinschaftlich mit Verwachsungen und Darmabknickung zum Ileus geführt hatte. Die Therapie besteht in Eröffnung des Abscesses, Lösung der Verwachsung und Anlegung einer Entero-Anastomose. In sechs Spätfällen waren ausgedehnte Verwachsungen und Spangen- oder Bandbildung mit Darmabschnürung die Ursache für den Ileus. Zweimal wurde die ganz besonders seltene Abknickung eines Dickdarmabschnittes nach Appendicitis beobachtet. Die beste Prophylaxe des Darmverschlusses ist die Frühoperation der frischen Appendicitis. *Schlippe.*[M]

Kellogg, John H.: Incompetency of the ileocecal valve. Disordersarising from this condition and their treatment. (Schlußunfähigkeit der Ileocöcalklappe. Störungen die dieser Zustand verursacht und ihre Behandlung.) Med. record Bd. **83**, Nr. 25, S. 1105—1114. 1913.

Die Aufgabe der normalen Bauhinschen Klappe ist, die flüassigen Inhaltsmengen des Dünndarms so lange zurückzuhalten, bis der Verdauungsprozeß beendet ist und den Übertritt nur in kleinen Mengen zu gestatten. Die Insuffizienz der Klappe entsteht durch Dehnung oder Zerreißung der Längsstreifen des Coecums und die normale Invagination des Ileums in das Coecum wird aufgehoben. Es resultieren eine Menge Erscheinungen durch diese Störung, deren hauptsächlichstes Zurückfluten des Cöcal-

inhalts und Autointoxikation sind, außerdem Magengeschwür, Duodenalgeschwüre, Adhäsionen, Lanesche Schleife und allgemeine Erscheinungen, wie Albuminurie, Rheumatismus, Migräne usw. Durch eine einfache Raffnaht kann man die Klappe wieder suffizient machen und sämtliche Störungen zum Schwinden bringen, wie er es in 30 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge gemacht hat. *Gelinsky* (Berlin).CH

Wolff, A.: Aseptische Enterostomie. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 30, S. 1170—1171. 1913.

Verf. hat in Nr. 46 des Zentralbl. f. Chirurg. v. J. 1905 folgende Methode der Enterostomie veröffentlicht: an einer geblähten Darmschlinge wird zwischen zwei Darmklemmen eine Tabaksbeutelnaht angelegt; im Bereiche derselben wird der Darm eröffnet; in die gesetzte Öffnung wird ein Gummirohr eingeführt, und dann wird die Naht über dem Drain zugezogen. Nach Abnahme der Darmklemmen fließt der Darminhalt in ein bereitstehendes Gefäß. Im Jahre 1905 ließ Verf. darauf das Rohr von einem Assistenten herausnehmen und zog während dessen die Tabaksbeutelnaht zu — heute läßt er das Darmstück nebst dem Drainrohre in die Bauchwunde einnähen und setzt auf diese Weise eine Kotfistel. *Colley.*CH

Kelly, Robert E.: Cases simulating appendicitis. (Appendicitis vortäuschende Krankheitsfälle.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33,** Nr. 64, S. 436—448. 1913.

Bericht über eine große Anzahl einschlägiger Beobachtungen. Es wird sowohl mit der Diagnose der akuten als der chronischen Appendicitis fehloperiert. Unter den akuten Fällen fand sich als wirkliche Erkrankung Pneumonie, Coxitis, Nierensteinanfall, ferner Tetanus und eine Infektion der Beckendrüsen mit Pestbacillen. Von Erkrankungen der Bauchorgane spielten eine große Rolle perforierte Magen- und Duodenalulcera, Cholelithiasis, akute Pankreatitis, Mesenterialthrombose, Darmverschluß, tuberkulöse und maligne Ileocöcaltumoren sowie Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, vornehmlich Pyosalpingitiden und ein Fall von geplatzter ektopischer Gravidität. Ein Fall von intraabdomineller Hodentorsion beschließt die Reihe der akuten Fälle. Sämtliche Fälle konnten nach Erkennung der Fehldiagnose durch Aufsuchen des wirklichen Leidens geheilt werden mit Ausnahme des Falles von Thrombose der Mesenterialgefäße. Hier führte die vorhandene Darmgangrän zu Peritonitis und zum Exitus.—Von chronischen Fällen wurden angeführt Verwechselungen von Cholelithiasis, tuberkulösen Mesenterialdrüsen im Ileocöcalwinkel, ferner von unter den Namen Jacksons membrane und Lane's kink bekannten Veränderungen, sowie endlich des Coecum mobile, chronischer Obstipationen oder Nephro- bzw. Ureterolithiasis mit Appendicitis.

Verf. zieht aus all diesen Fällen den Schluß: Es ist besser, im frühen akuten Stadium als im Intervall zu operieren, nicht nur weil dessen Operationsmortalität geringer sei, oder weil man so den Appendicitistodesfällen entgehe, die meist die Folge der Verschleppung durch die praktischen Ärzte seien, sondern auch deshalb, weil man auch die andere wirkliche Krankheit im akuten Stadium in der Operation leichter diagnostiziere. Bei Intervalloperationen könne man leicht eine befundlose Appendix dennoch der Anfälle beschuldigen und so das wirkliche, ebenfalls im Intervall befindliche Leiden übersehen. Angesichts der Gefahr des Wartens auf das Intervall oder auf die sichere Diagnose der Appendicitis, sei es sogar besser, eine gesunde Appendix im akuten Stadium zu entfernen als im Intervall. *Ruge.*CH

Enriquez, Ed., et R.-A: Gutmann: La sciatique appendiculaire (appendicite claudicante). (Appendicitis mit Hinken.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29** Nr. 23, S. 1238—1245. 1913.

Es wird auf Ischiasformen aufmerksam gemacht, die auf einer chronischen latenten Appendicitis beruhen.

In 3 Fällen wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt. Anamnestisch bekommt man gewöhnlich nur durch eindringliches Fragen heraus, daß Schmerzen im Leib gelegentlich bestanden haben, daß zeitweise Stiche in der Cöcalgegend empfunden werden, daß auch gelegentlich von Ischiasacerbationen Schmerzen im Leib, die auch in die Genitalien ausstrahlen können, vorhanden sind. Die Palpation ergibt bei allen einen, wenn auch nur geringen Schmerz in der Cöcalgegend, der manchmal in das Bein ausstrahlt. Die aufrechte Körperhaltung erleichtert oft, im Gegensatz zu den gewöhnlichen Ischiasformen, die Schmerzen. Der leichte Druckschmerz entspricht, wie die Röntgendurchleuchtung zeigt, stets dem untersten Ende des Coecums, ein für die Diagnose der chronischen Appendicitis überhaupt sehr wichtiger Befund.

Es handelte sich in den drei operierten Fällen um hartnäckige, jahrelang dauernde

Fälle von Ischias; zwei der Patienten wurden völlig geheilt; bei dem dritten Fall ist das Resultat noch unsicher. Bei allen drei fanden sich appendicitische Adhäsionen. *Fleischmann* (Berlin).[M]

Enriquez, Ed., et René A. Gutmann: La fausse coxalgie d'origine appendiculaire (une 2e forme d'appendicite claudicante). (Falsche Coxalgie hervorgerufen durch Appendicitis [eine zweite Form der „Appendicits mit Hinken").] Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29,** Nr. 26, S. 175—179. 1913.

Bericht über 2 Fälle von chronischer Appendicitis, bei denen beinahe jedes Symptom von seiten des Peritoneum und der Intestina fehlte und nur sehr heftige koxalgische bzw. ischialgische Beschwerden bestanden. Vollständige Heilung nach Exstirpation des adhärenten Processus vermiformis.

Verff. vermuten, daß zahlreiche Fälle von sogenannter „hysterischer Coxalgie" ebenfalls durch chronische Appendicitis hervorgerufen sind. *Freund* (Wien).

Hielscher, Helen Hughes: The appendix and some of its diseases. (Der Appendix und Einiges über seine Erkrankungen.) New York med. journal Bd. **98,** Nr. 8, S. 373—376. 1913.

Back, Ivor: Note on a case of incarceration of the caecum and ascending colon in lesser sac of peritoneum; operation; recovery. (Ein Fall von Einklemmung des Coecums und des Colon ascendens in der Bursa omentalis; Operation; Heilung.) Lancet Bd. **185,** Nr. 4688, S. 17. 1913.

41 jähriger, früher stets gesunder Mann wacht nachts plötzlich auf mit heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite oberhalb des Nabels, Erbrechen, Wind- und Stuhlverhaltung. Schmerzen werden anfallsweise stärker, Erbrechen häufiger und heftiger. Facies abdominalis. Respiration und Puls beschleunigt. Diagnose: Appendicitis perforativa, Peritonitis. Laparotomie: Peritoneum intakt, Coecum und Colon ascendens zunächst nicht zu finden, nach Erweiterung der Bauchwunde können beide aus dem Foramen Winslowii, durch das sie in die Bursa omentalis geschlüpft sind, herausgezogen werden. Das Mesocolon ist sehr lang, aber ohne Besonderheiten, der Appendix ist normal. Daher Schluß der Bauchwunde, primäre Heilung, Wohlbefinden. *Eckert* (Dortmund).

Tyler, George T.: Volvulus of the sigmoid flexure with report of a case and some observations on its etiology and treatment. (Volvulus der Flexura sigmoidea mit Bericht über einen Fall und einige Beobachtungen über seine Ätiologie und Behandlung.) Southern med. journal Bd. **6,** Nr. **4,** S. 269 bis 277. 1913.

Volvulus der Flexura sigmoidea ist in ca. 15% aller Fälle von Darmobstruktion vorhanden. Er findet sich häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht und zwar ungefähr im Verhältnisse 4 : 1. Neben der größeren Geräumigkeit des weiblichen Beckens ist Schlaffheit der Bauchdecken häufiger beim Weibe zu finden, und so die Ausdehnungsmöglichkeit der Flexur eine größere. Es können aber auch kongenitale Defekte die Ursache sein. Ein wichtiger Faktor bei der Entstehung des Volvulus sind die Perisigmoiditis und Abhäsionen zwischen Sigmoideum und Peritoneum parietale. Die akute Form des Volvulus pflegt in ein bis zwei Tagen meist in eine Peritonitis überzugehen, während die bei weitem häufigere chronische Form mehr in Intervallen auftritt. Das (selten fäkale) Erbrechen hat Verf. nur in 50% aller Fälle beobachtet. In Bezug auf die Behandlung wird bei Attacken die nicht operative Behandlung, vor allem Einläufe in Knieellenbogenlage und Atropin empfohlen. Führt dies nicht zum Ziel — Operation. *Weißwange* (Dresden).

Wortmann, Wilhelm: Über Darmsarkome. (*Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **123,** H. 1/2, S. 103—132. 1913.

Verf. gibt die Krankengeschichte eines 14jährigen Knaben wieder, der unter ileusartigen Erscheinungen plötzlich erkrankt war. Die Laparotomie ergab eine Tumorbildung im unteren Ileum, die mikroskopisch sich als Lymphosarkom erwies. Daneben fand sich eine alte verkäste Mesenterialdrüsentuberkulose. Resektion des Tumors. Der Exitus des Knaben erfolgte nach 3 Wochen unter den Erscheinungen einer Urämie. Die Arbeit enthält eine ausführliche Literaturbesprechung des einschlägigen Themas. *Harf* (Berlin.)[CH]

Adamkiewicz, Albert: Überraschend schnelle Beseitigung eines Krebses des Dickdarmes und der dadurch hervorgerufenen lebensbedrohenden Krankheitser-

scheinungen durch meine Cancroin-Methode. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 31, S. 845—847. 1913.

61 jährige Patientin mit inoperablem Carcinom der Flexura sigmoidea. Verf. gibt an, daß nach 7 Injektionen von Cancroin innerhalb eines Monats vollständige Beseitigung aller Beschwerden eingetreten sei. Der Krebs sei abgetötet worden und der Darm, soweit es für seine Funktion nötig war, auch anatomisch restituiert worden. Sonden- und Röntgenuntersuchung vor und nach der Cancroinbehandlung hätten die Heilung bestätigt. *Hirsch* (Charlottenburg).

Madlener, Max: Über zweizeitige Radikaloperation der strikturierenden Carcinome des Sigmoideum. (*Distriktskrankenh., Kempten.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 30, S. 1171—1173. 1913.

Bei Ileus verursachenden, strikturierenden Sigmoideumcarcinomen geht Verf. nicht nach Schloffer, sondern nur zweizeitig vor. In 2 Fällen, bei denen stärkere Dehnung des zuführenden Darmteiles vorhanden war, legte er in erster Sitzung gleich über dem Tumor eine Kotfistel an. In zweiter Sitzung reseziert er Tumor- und Kotfistelteil, vereinigt zirkulär und schließt den Bauch völlig. Gesamtheilungsdauer etwa 10 Wochen. Vorteile dieses Verfahrens: Bessere Reinigung des geblähten Darmteiles für die spätere Resektion; nur 2 Eingriffe; Verkürzung des Krankenlagers; Vermeidung von Hernien. *Weichert* (Breslau).CH

Gobiet, Josef: Beiträge zur akuten Pankreasnekrose. (*Gewerkschaftl. Krankenh., Orlau.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 35, S. 1381—1389. 1913.

Harnorgane:

Fitz, R., and L. G. Rowntree: The effect of temporary occlusion of renal circulation on renal function. (Der Einfluß vorübergehender Unterbrechung der Nierenzirkulation auf die Nierenfunktion.) (*Med. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston, a. Pharmacol. laborat., Johns Hopkins univ., Baltimore.*) Arch. of internal. med. Bd. **12,** Nr. 1, S. 24—36. 1913.

Versuchsanordnung: Versuche an Hund und Kaninchen. Freilegung und Abklemmung der Gefäße der linken Niere; hierauf sofortige Unterbindung der Gefäße der rechten Niere und Entfernung der rechten Niere. In Kontrollversuchen wird letztere intakt erhalten. Abklemmung der linken Nierengefäße während 10, 20, 30, 40 und 60 Minuten. Prüfung der Nierenfunktion an den darauffolgenden Tagen bis zur Heilung, resp. Tod des Tieres; geprüft wird der Ausscheidungsmodus von Phenolsulfonphthalein, Milchzucker, Jodkali, Kochsalz und Wasser.

Bei Tieren mit Exstirpation einer Niere bewirkt die Abklemmung der Gefäße der anderen Niere unter 40 Minuten nur geringe und vorübergehnde Funktionsstörungen: Anwesenheit von Eiweiß und Zylindern im Urin, verringerte Ausscheidung von Phenolsulfonphthalein, verzögerte Milchzucker- und Jodausscheidung; nach 6 Tagen sind die Funktionsstörungen wiederhergestellt. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Dauer der Abklemmung und der Schwere der Funktionsstörung. Mikroskopisch finden sich Hämorrhagien, Ödem, Nekrosen und zellige Infiltration, außerdem auch bindegewebige Herde. Bei Abklemmung der Nierengefäße bis zu 1 Stunde tritt der Tod innerhalb 8 Tage ein; sämtliche geprüften Nierenfunktionen sind aufs schwerste geschädigt. Mikroskopisch zeigen diese Nieren hochgradigeres Ödem und Nekrosen, als bei kürzer dauernder Gefäßabklemmung. Abgesehen davon besteht kein Parallelismus zwischen anatomischen Veränderungen und Funktionsstörungen. Bei erhaltener zweiter Niere vermag auch einstündige Abklemmung der Gefäße nur einer Niere nur geringe und kurzdauernde Funktionsstörung hervorzurufen. Nephrektomie einer Niere allein verursacht keine Störungen der Nierenfunktionen. *Michaud* (Kiel).M

Villard, E., et E. Perrin: Transplantations rénales. (Nierentransplantationen.) Lyon chirurg. Bd. **10,** Nr. 2, S. 109—134. 1913.

1. Technik der Transplantationen. Verff. verwerfen die Durchspülung der zu transplantierenden Niere, weil sie nutzlos und gefährlich ist. Sie klemmen Arterie und Vene der Niere ab und legen das Organ in mit künstlichem Serum getränkte Kompressen. Das Nierenblut bleibt dann flüssig. Länger als 1½ Stunde wird die Abklemmung aber nicht vertragen. Die Versorgung des Ureters bereitet große Schwierigkeiten. Die Ausleitung und Fixierung an der äußeren Haut führt zu aufsteigenden Infektionen und zu narbigen Verengerungen. Am zweckmäßigsten ist es, den Ureter in die Blase in der Nähe der Ureteröffnungen einzupflanzen und ihn so zu vernähen, daß die Schleimhaut des Ureters nicht mit gefaßt wird. Hinsichtlich der Einpflanzungsstelle kommt der Hals (Carotis und Jugularis) kaum in Frage. Die nicht zu vermeidende Annähung des Ureters an die äußere Haut würde eine aufsteigende Infektion der

Niere zur Folge haben. In Frage kommt nur Femoralis, Iliaca externa, Lienalis, Renalis und die Aorta. Die Annähung an die Femoralis gefährdet die Naht infolge der Bewegung der Hüfte. Bei der Vereinigung mit der Iliaca ist die Blutzufuhr eine zu reichliche, bei Benutzung der Art. lienalis eine zu geringe. Am besten geeignet sind die Nierengefäße. Die Lage der Niere erschwert aber die Operation. Am Hunde ist sie auf der linken Seite von einem parallel dem Rippenbogen verlaufenden Schnitt mit einigen Schwierigkeiten auszuführen. Ausgezeichnet ist die „patching"-Methode von Carrel und Guthrie. Die besten Zirkulationsverhältnisse schafft die Massentransplantation beider Nieren mit entsprechenden Stücken von Aorta und Cava. 2. Resultate der Nierentransplantationen: a) Autoplastik: Ullmann 1902, Carrel, Beck 1903, Floresco 1905, Carrel und Guthrie 1905, Stich 1907, Zaaijer 1908, Carrel 1909 doppelte Nephrektomie, Reinplantation einer Niere. Hund lebt noch nach einem Jahre (vor der Transplantation Durchspülung der Niere mit Lockescher Lösung; vollständige Anämie 50 Minuten dauernd, Zerstörung der nervösen Verbindungen werden vertragen). Borst und Enderlen 1909. 3 eigene Versuche. Eine Transplantation der Niere an die Halsgefäße überlebte ein Hudn 68 Tage; die Niere sezernierte, bei dem Versuch, die 2. Niere an die Iliaca zu nähen, stirbt der Hund. Mikroskopisch finden sich Stellen mit vollkommen normalem Nierenparenchym, daneben Nekrosen (ascendierende Pyelonephritis). b) Homoplastik. Ullmann 1902, Decastello, Floresco 1905, Carrel und Guthrie 1906, 14 mal mit Erfolg. Nach kürzerer oder längerer Zeit Atrophie des transplantierten Organes. Die Massentransplantation beider Nieren ist 14 mal von ihnen an Katzen gemacht worden, 2 lebten 30 und 35 Tage. Stich, Borst, Enderlen und Verff. sahen bei der Homoplastik besonders bei der Massentransplantation nur entmutigende Mißerfolge. c) Heteroplastik. Ullmann gelang es 1902, einer Ziege eine Hundeniere erfolgreich an die Halsgefäße zu nähen. Carrel, Jaboulay, Unger arbeiteten ohne Erfolg. Verff. unternahmen 3 Versuche, sie tauschten die Niere von Hund und Katze, Hund und Schwein, Hund und Ziege ohne Erfolg aus. Verff. glauben aber, daß die Heteroplastik bei Verwendung der Nieren von verwandten Tierspezies nicht ganz aussichtslos ist.

Frangenheim (Leipzig).CH

Hess, Leo: Über Diurese. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 31, S. 1238—1243. 1913.

Verf. referiert im Rahmen eines Vortrages über die heutigen Anschauungen von der Entstehung und Behandlung der Hydropsien renalen Ursprungs. *Harms.*M

Kawasoye, M., Ein weiterer Beitrag zur anatomischen Veränderung der Nieren nach dem künstlichen Ureterverschluß. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4**, H. 3, S. 107—113. 1913.

Verf. berichtet über die anatomischen Veränderungen bei einem Fall von Hydronephrose, bei welchem die Sektion des Versuchstieres 309 Tage nach dem Ureterverschluß stattfand. Im Gegensatz zu Corbett, welcher auch auf der nicht verschlossenen Seite durch nephrotoxischen Einfluß hervorgerufene Veränderungen fand, waren diese im Falle des Verf. nicht nachweisbar. Die Ansicht, daß die Niere der nichtoperierten Seite durch den Ureterverschluß der anderen Seite anatomische Veränderungen erleidet, muß aufs allerbestimmteste abgelehnt werden. Verf. vermutet, daß die Nierenschädigung bei dem Versuchstier von Corbett auf eine bei der Operation erfolgte septische Infektion zurückzuführen ist. Auf der unterbundenen Seite fand sich 309 Tage nach der Unterbindung eine starke Abnahme des Parenchyms, während die Flüssigkeit im Nierenbecken in derselben Menge vorhanden war wie nach 70 Tagen. Vom Nierenparenchym erwiesen sich die Glomeruli am widerstandsfähigsten. *Hirschberg.*

Vincent, Wesley Grove: An unusual case of renal hematuria. Unilateral chronic hemorrhagic nephritis; decapsulation; apparent cure; recurrence; bilateral involvement; decapsulation of both kidneys six years later. (Ein ungewöhnlicher Fall von Nierenblutung. Einseitige chronische hämorrhagische Nephritis; Dekapsulation; offenbare Heilung; Rückfall; doppelseitige Erkrankung; Dekapsulation beider Nieren sechs Jahre später.) Med. record Bd. **84**, Nr. 3, S. 106—108. 1913.

37 jähr. Mann litt seit 2 Monaten an Hämaturie. Ureterkatheter ergab rechtseitige renale Hämaturie. Dekapsulation der rechten Niere, da Stein oder Tumor nicht gefunden wurden. Mikroskopische Untersuchung exzidierter Stücke ergab Nephritis, 6 Tage später sistierte die Blutung, jedoch waren noch nach 3 Monaten Blutkörperchen im Urin. Der Kranke erholte sich von seiner schweren Anämie. Schließlich zeigten sich auch mikroskopisch keine Blutkörperchen im Urin. 5 Jahre dauerte die Heilung, dann fingen wieder Blutungen an. Diesmal ergab der Ureterkatheterismus, daß das Blut von beiden Nieren kam, aus der dekapsulierten und der nichtdekapsulierten Niere. Deshalb beiderseitige Dekapsulation. Die linke Niere vergrößert, $13^1/_2$ cm, die rechte 11 cm lang mit dicker adhärenter Kapsel. Mikroskopische Untersuchung ergab beiderseits Nephritis, rechts fibröse Prozesse. Trotz Koliinfektion während der Nachbehandlung Heilung der Wunden in 4 Wochen. Leider blieb der Harn auch weiterhin leicht bluthaltig und rosa gefärbt, doch besserte sich das Allgemeinbefinden. *Knorr* (Berlin).

Forssman, J.: Rekonstruktionen von Cystennieren, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung von Cystennieren. (*Pathol. Inst., Univ. Lund.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **56**, H. 3. S. 500—513. 1913.

Die Frage, ob die Cystennieren — vorausgesetzt, daß die Cysten nicht als cystadenomatöse Bildungen, sondern als Retentionscysten aufgefaßt werden — durch eine Unterbrechung der Kanalisation infolge einer kongenitalen Mißbildung oder Abschnürung hervorgerufen werden oder auf entzündlichen Prozessen beruhen, kann durch die Rekonstruktionsmethode gelöst werden. Zu ihr eignen sich nur solche Cystennieren, an denen entzündliche Veränderungen fehlen. An einer derartigen Niere konnte Verf. nachweisen, daß alle Cysten Retentionscysten sind, daß die Unterbrechung der Kanalisation an verschiedenen Stellen der Sammelkanäle gelegen ist. Die cystische Umwandlung war in keinem bestimmten Kanalteil lokalisiert. Sie tritt vielmehr dort auf, wo der Gewebswiderstand infolge der lockeren Beschaffenheit des Gewebes gering ist, aber auch in Sammelkanälen, die von Bindegewebe fest umschlossen sind. Hier führt eine Steigerung des intracanaliculären Druckes zur Erweiterung. *Frangenheim* (Leipzig).[CH]

Greiwe, John E.: The frequency and prophylaxis of nephritis. (Häufigkeit und Prophylaxe der Nephritis.) Lancet-clin. Bd. **110**, Nr. 6, S. 136—139. 1913.

Die Zahl der chronischen Nephropathien ist bisher nicht gesunken. Sie sind die Folge früherer Infektionskrankheiten und Toxämien. Die Prophylaxe dieser Erkrankungen müssen sich die Ärzte in erster Linie angelegen sein lassen. Die Nierenerkrankungen sind häufiger als die Tuberkulose. Ohne die Hilfe des Publikums läßt sich die augenblickliche hohe Mortalität der Nierenentzündung nicht herunterdrücken. Erziehung und Aufklärung des Volkes über die Ursachen der Nierenentzündung ist absolut notwendig. *Blanck* (Potsdam).

Boulanger: Urétro-cystite gonococcique. Uropyonéphrose droite. Néphrostomie. Pyo néphrose gauche. Pyélotomie postérieure; néphrectomie secondaire tardive, guérison. (Uretro-cystitis gon. Rechtseitige Pyonephrose. Nephrostomie. Linkseitige Pyonephrose. Pyelotomie. Sekundäre Nephrektomie. Heilung.) Folia urol. Bd. **7**, Nr. 11, S. 693—702. 1913.

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, daß Nephrolithiasis zur ascendierenden gonorrhoischen Infektion des Nierenbeckens disponierte. Verf. betont die Wichtigkeit der Untrsuchung der Harnstoffausscheidung für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Niere. *Heineke* (Badenweiler).[M]

Fragale, V.: Pielite primitiva settica nei bambini. (Über primäre septische Pyelitis im frühen Kindesalter.) (*Clin. pediatr., univ., Roma.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. Nr. 24, S. 553—556. 1913.

Fragale macht darauf aufmerksam, daß bei kleinen Kindern oft primäre septische Pyelitiden unter der Krankheitsgruppe der toxischen Darmstörungen eingereiht werden. Die Diagnose kann in diesen Fällen nur durch eine sorgfältige Untersuchung des Urinsedimentes sichergestellt werden. Die meistens durch das Bacterium coli bedingte Infektion kommt am häufigsten auf aufsteigendem Wege durch Urethra, Harnblase und Ureteren zustande. Von Fragale wird die transparietale Infektion vom Darm nach der Harnblase als hypothetisch und die hämatogene Infektion als seltenes Ereignis erklärt. Als häufige Begleiterscheinung der Cystitis im Kindesalter wird die Phimose bezeichnet, nach deren Beseitigung in der Regel die Entzündungserscheinungen der Harnblase prompt verschwinden. *Leuenberger* (Zürich).[CH]

Harpster, Charles M.: Renal gonorrhea. (Über gonorrhoische Nephritis.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 7, S. 345—354. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von gonorrhoischer Pyonephrose mit daran anschließender einschlägiger Kasuistik aus der deutschen und amerikanischen Literatur. *Baetzner*.[CH]

Haushalter et Fairise: Calculose vésicale et pyélonéphrite chez un enfant de 4 ans et demi. (Blasenstein und Pyelonephritis bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17**, Nr. 12, S. 389—391. 1913.

Krankengeschichte und Sektionsbefund eines $4^1/_2$jährigen Knaben. Harnträufeln, Ob-

stipation, Leib- und Kopfschmerzen, sowie ein purpuraartiges Exanthem waren die ersten Krankheitserscheinungen. Dazu traten dann heftige Durchfälle, blutiger Urin ohne Fieber. Exitus. Die Autopsie ergibt: Große, weiche Nieren, Erweiterung der Nierenbecken und Ureteren; in der Blase ein Phosphatstein von der Größe einer großen Nuß. Eitrige Pyelonephritis. Das dunkle Krankheitsbild hatte man zuerst auf Tuberkulose oder heriditäre Lues bezogen.
Knoop (Duisburg).

Tracy, Stephen E.: Renal calculus in relation to the kidney and ureter. (Nierensteine in ihren Beziehungen zur Niere und zum Ureter.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 2, S. 229—236. 1913.

Um eine Nierenerkrankung festzustellen, ist nötig: 1. Exakte Anamnese. 2. Physikalische Untersuchung. 3. Sorgfältige physikalische, chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins. 4. Cystoskopische Untersuchung und, wenn nötig, Ureterkatheterismus (Bakterienkulturen, Tierversuch, Funktionsprüfung). 5. Röntgenuntersuchung. Verf. weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei der Röntgenuntersuchung hin; Anführung mehrerer Beispiele aus der Praxis. Steine im Ureter können mit Appendicitis verwechselt werden, auch können beide Erkrankungen nebeneinander vorkommen. Vor einer Nierensteinoperation muß man sich vergewissern, ob auf der gesunden Seite auch eine Niere vorhanden ist und wie sie funktioniert. *Colmers.*

Lippens, Adrien: L'hématome périrénal spontané. (Das spontane perirenale Hämatom.) Journal de chirurg. Bd. 11, Nr. 1, S. 1—15. 1913.

Lippens berichtet über einen eigenen und 23 der Literatur entnommene Fälle dieser Erkrankung. Stets handelte es sich um einen frischen, umfangreichen perirenalen Bluterguß, der manchmal noch unterhalb der Nierenkapsel saß, häufiger dieselbe durchbrochen hatte und sich bis zum Zwerchfell, zur Mittellinie und ins Becken erstreckte, ja bis ins Scrotum die Haut suffundierte. L. wendet sich gegen die Auffassung, daß Trauma oder Hämophilie Ursache der Erkrankung sei. In 14 Fällen, welche mikroskopisch untersucht wurden, wurde 12 mal akute oder chronische Nephritis gefunden! Außerdem fand man, ebenso wie bei der chronischen hämorrhagischen Nephritis kleine Blutungen im Nierenparenchym. Bei manchen Kranken bestanden ausgesprochene Symptome der Arteriosklerose. — Wunderlich beschreibt schon 1856 die Erkrankung als „Spontane Apoplexie der Nierenkapsel". Dieser Auffassung schließt sich L. an und nimmt an, daß in der prädisponierten Niere eine Arterie platzt und ein subkapsulärer Bluterguß zustande komme, der nach Platzen der Kapsel sich weiterergieße (schematische Abbildungen). Der Bluterguß geht dann später die gewohnten Veränderungen ein, die man unzutreffenderweise früher als Hydronephrosis externa bezeichnet hat. — Die Symptome des perirenalen Hämatoms sind sehr heftiger Schmerz in der Nierengegend und die Zeichen innerer Blutung — ähnlich wie bei der geplatzten Extrauteringravidität; manchmal bestehen Temperaturen bis zu 39° und 40°. Urinuntersuchung besagt nicht viel: Albumen, Zylinder, Erythrocyten finden sich nicht regelmäßig. Die Diagnose ist vor dem Eingriff noch niemals gestellt worden. Die Fälle, welche ohne chirurgische Intervention blieben (7), sind alle zugrunde gegangen; die Operation ergab 25% Mortalität. Bei frischer Blutung genügt gewöhnlich Entleerung des Hämatoms und Tamponade (von 10 Fällen 6 Heilungen); sehr starke und durch Tamponade nicht zu beherrschende Blutung machen Nephrektomie notwendig (von 6 Fällen 5 Heilungen). Je früher der Eingriff vorgenommen wird, um so günstiger ist die Prognose. *Janssen* (Düsseldorf).CH

Chauffard: Tuberculose du rein droit. (Rechtseitige Nierentuberkulose.) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. 24, Nr. 13, S. 199—202. 1913.

Rechtseitige Nierentuberkulose. Ein Fall rechtseitiger Nierentuberkulose geheilt durch Entfernung des erkrankten Organs. Die richtige Diagnose wurde trotz negativen Bacillenbefundes auf Grund der buckligen Natur der Niere gestellt. *Münnich* (Erfurt).CH

Phelip et Salin: Epithéliome d'un rein chez une enfant de 21 mois. (Epitheliom einer Niere bei einem 21 Monate alten Kinde.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 6, S. 336—337. 1913.

Bei einem 21 Monate alten Mädchen beschreiben Verff. einen der linken Niere angehörigen

Tumor, der in seinen zentralen Partien zum größten Teil degeneriert und mit Blutungen durchsetzt ist. Der Tumor besteht aus epithelialen für die Niere atypischen Zellwucherungen. An einzelnen Stellen finden sich in einem lockeren Bindegewebe embryonale Nierenkanälchen, an anderen besteht das Tumorgewebe aus zahlreichen Herden von unreifen Zellen, die die Charakteristica eines blastomatösen Gewebes aufweisen. *Frank* (Göttingen).[K]

Berne-Lagarde, de, et de Beaufond: Les capsules surrénales dans le cancer du rein. (Der Zustand der Nebenniere bei den Neubildungen der Niere.) Arch. urol. de la clin. de Necker Bd. **1**, Nr. 1, S. 72—130. 1913.

Die ausführliche Arbeit behandelt die Frage, ob die Entfernung der Nebenniere bei der Exstirpation maligner Nierentumoren angezeigt ist und prinzipiell durchgeführt werden soll, wie es von mancher Seite (Gregoire) verlangt worden ist. Auf Grund gründlicher anatomischer, physiologischer und pathologisch-anatomischer Überlegungen und unter kritischer Berücksichtigung des kasuistischen Materials (37 Fälle, darunter 7 eigene Beobachtungen [Legueu und Chevassu]) wird diese Forderung abgelehnt. Die Exstirpation der Nebenniere ist schwierig, hat eine sehr hohe operative Mortalität, kann schwere Funktionsstörungen nach sich ziehen bei einer nicht spezifischen Erkrankung der Nebennieren. Eine Erkrankung der Nebenniere per contiguitatem ist sehr selten. Sie erkrankt meistens metastatisch, und dann finden sich bereits Metastasen in anderen Organen und die Entfernung der Nebenniere ist unnütz. *v. Lichtenberg* (Straßburg).[CH]

Legueu: Del trapianto degli ureteri nell'intestino crasso. (Über die Einpflanzung der Ureteren in den Dickdarm.) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 82, S. 848—851. 1913.

Von Legueu wird die Ausschaltung der Harnblase bei sehr starken Blasenbeschwerden im Verlaufe von Nierentuberkulose, die selber nicht mehr chirurgisch angegriffen werden kann und bei Kompression der Ureteren durch Uteruscarcinom vorgeschlagen. Empfehlung der Technik von Payne zur Einpflanzung der Ureteren in den Dickdarm unter Betonung der Wichtigkeit folgender Momente: 1. Soll der eingepflanzte Ureter in genügender Länge mobilisiert werden, um eine Zerrung desselben möglichst zu vermeiden; 2. soll die Kommunikationsöffnung zwischen Ureter- und Darmlumen, wegen der Gefahr der narbigen Striktur möglichst breit angelegt werden. Der totalen Harnblasenexstirpation rät L. ebenfalls nach der erwähnten Methode eine Einpflanzung der Ureteren in den Dickdarm vorauszuschicken. Eingehende Schilderung zahlreicher selbst gemachter Beobachtungen. *Leuenberger* (Zürich).[CH]

Marsh, N. Percy: Coli infection of the urinary tract in infancy and childhood. (Koliinfektion des Harntraktes im Säuglings- und Kindesalter.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33**, Nr. 64, S. 510—523. 1913.

Pyelitis und Cystitis sind im Säuglings- und Kindesalter häufiger als man gewöhnlich annimmt, und zwar werden fast nur Mädchen (90—95%) betroffen, was für ascendierenden Infektionsmodus, Kolitransport durch die kürzere Harnröhre vom Rectum her spricht. Doch ist nach der Ansicht von Marsh auch descendierender Modus (Darm, Blutbahn) vorkommend. Die Pyelitis der kleinen Mädchen verläuft unter unbestimmten Symptomen, Fieber, Schüttelfrost und wird meist als Gastrointestinalprozeß oder Dentitionsstörung gedeutet. Harnbefund klärt die Diagnose.

Marsh berichtet über 23 Fälle. Bei 3 Fällen zeigte sich allgemeines Ödem. Häufiger ist es an den Augenlidern zu sehen. In 2 Fällen traten als Hauptsymptom urtikariaartige Flecke auf, einige von Pemphiguscharakter. Von 23 Fällen von Kolipyelitis wurden 12 geheilt, 5 gebessert, 3 sind noch in Behandlung, 3 sind gestorben (acute Ileocolitis, Bronchopneumonie, Meningitis tuberculosa).

Die beste Behandlung ist die mit citronensaurem Kali (citrate of potash) 5—20 grs = 0,3—1,2 g alle 3—4 Stunden. Die kleinste wirksame Tagesdosis ist 24 grs = 1,5. Dadurch wird der Urin in drei Tagen alkalisch. Bei gestörter Verdauung ist mit dem Mittel auszusetzen und Natr. bicarb. 0,3—0,6 alle 2—3 Stunden hinzuzugeben. Dadurch verschwinden die Kolibacillen aus dem Harn und das Fieber weicht. Betz empfiehlt im Gegensatz hierzu Phosphorsäure, um den Urin stark sauer zu machen und schränkt

die Flüssigkeitszufuhr ein, da er der Ansicht ist, daß die Kolibacillen im konzentrierten sauren Harn sich nicht vermehren können. Harnantiseptica wie Urotropin, Helmitol waren ohne Nutzen. Vaccinbehandlung wurde nur mit Kalicitricumtherapie kombiniert, die Resultate waren nicht besser als ohne Vaccine. Über Serumbehandlung hat M. keine Erfahrung. Box und Dudgeon hatten guten Erfolg mit Auswaschung der Blase mit Antikolibacillus-Serum. Trotz aller Therapie werden einige Fälle chronisch; bei diesen wechseln akute Verschlimmerungen mit langen Periodenstillstand, der Urin wird aber niemals frei von Eiterzellen und Mikroorganismen. *Knorr* (Berlin).

Albeck: Untersuchungen über die Funktion der weiblichen Urinblase. 10. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins, Kopenhagen, 31. Juli bis 2. Aug. 1913.

Bei 250 gynaekologischen Patientinnen hat Albeck die Blasenfunktion untersucht und auch bakteriologische Untersuchungen des Harns gemacht. Bei 130 diesen Patientinnen, also über die Hälfte, fand sich Residualharn. Unter den 120 ohne Residualharn waren 16 mit Bakterien im Harn; von den 130 mit Residualharn hatten 12 Pyurie, 52 Bakteriurie und 10 Bakterien im Harn.

Die Bedeutung des Residualharns für die Urininfektionen ist also auffällig. Residualharn wird sich also sehr häufig bei gynaekologischen Leiden finden. Die mangelhafte oder fehlende Funktion der weiblichen Urinblase hat man bisher mit Ablaufhindernissen erklären wollen. Albeck zeigt, daß die Erklärung im allgemeinen in der Blase selbst zu suchen ist, in Dislokationen bei Lageveränderungen der Genitalorgane, Verschiebungen bei Tumoren, Adhärensbildungen zwischen der Blasenwand und den inneren Genitalien oder in Schlaffheit der Blasenwand, bei Senilität oder nach Operationen, bei welchen Gefäße und Nerven verletzt wurden, oder endlich nach Hyperdistention der Blasenwand, wie sie sehr häufig im Wochenbett gefunden wird. *Gammeltoft.*

Oppel, W. A.: Exclusion of the bladder. (Ausschaltung der Harnblase.) Urol. a cutan. rev. Techn. suppl. Bd. 1, Nr. 1, S. 1—22. 1913.

Verf. empfiehlt bei Ektopie der Blase und bei Blasencarcinom die Transplantation der Ureteren in das Colon pelvinum und die sekundäre Exstirpation der Blase nach Mirotworzeff. Dadurch werde bei normal funktionierendem Sphincter ani eine willkürliche Urinentleerung ermöglicht. Die Methode sei einfacher als die Maydlsche Operation und die Bildung eines neuen Urinkanals aus der vorderen Mastdarmwand nach Ssubbotin. Bei hoher Epispadie, bei Blasenscheidenfistel genügt nach Oppel die Ureterentransplantation und Blasenausschaltung, die Exstirpation der Blase sei in diesen Fällen nicht nötig. Die Ureterorectostomie wird nach Art der Witzelschen Gastrostomie ausgeführt. Bezüglich des Materials der O.schen Klinik, der Kontraindikationen und Folgeerscheinungen der Operationen nach Mirotworzeff siehe dieses Zentralbl. Bd. II. H. 7, S. 387/88. *Gebele* (München).CH

Nicolay: Über einen mit Gonorrhöe komplizierten Fall von Blasenruptur. (*Heilig-Geist-Hosp., Bingen.*) Fortschr. d. Med. Jg. 31, Nr. 33, S. 911—913. 1913.

47 jähriger Mann stürzt von einer Mauer herab und fällt rittlings auf einen Baumstamm. Erst am folgenden Tage treten Harnbeschwerden auf, der entnommene Harn ist blutig, die Umgebung der Blase gedämpft, Brechreiz, Temperaturanstieg. Die Laparotomie ergibt keinen Befund. Nunmehr Freilegung der Blase, deren Umgebung blutig urinös infiltriert ist. Eine Rupturstelle nicht nachweisbar. Tamponade, Dauerkatheter. Die Laparotomiewunde heilt, nur über der Blase bildet sich eine Bauchdeckenfistel, durch welche monatelang Urin und Eiter sezerniert wird. Zu gleicher Zeit tritt eine Harnröhrengonorrhöe in Erscheinung. Sowohl im Harnröhrensekret als im Fisteleiter Gonokokken positiv. Unter Protargolbehandlung heilt die Urethritis und die Bauchdeckenfistel rasch. *Boxer* (Wien).

Wolf, A.: Angiom der Harnröhre als Ursache heftiger Blutung. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 34, S. 1364. 1913.

Bei 21 jähr. Manne, der venerisch nie infiziert, treten, von der Miktion unabhängig, zeitweilig heftige Blutungen aus der Urethra auf. Endoskopisch: 6 cm von der äußeren Harnröhrenmündung ein linsengroßes Angiom. Mit Stichelbrenner kauterisiert, dauernd geheilt. Die Entstehung der Blutung, da Trauma auszuschließen, dürfte wohl in einem Bersten der Wand bei plötzlicher Erektion, analog den gelegentlichen Hämorrhagien bei Gonorrhöe zu suchen sein. *Fuchs* (Breslau).

Burty: Des abcès sous-uréthraux chez la femme. (Suburethrale Abscesse bei der Frau.) Rev. prat. des mal. des organes génito-urin. Jg. **10,** Nr. **58,** S. 272—274. 1913.

31jähr. Frau, die vor 10 Jahren an einer heftigen Gonorrhöe mit Vulvitis, Vaginitis, Metritis, Urethritis und Bartholinitis erkrankt war, bemerkte vor 8 Jahren eine Anschwellung am Introitus vaginae unter gleichzeitigen heftigen Blasen- und Lendenschmerzen, die verschwanden, nachdem sich Pat. selbst durch Druck auf die Anschwellung diese entleert hatte; es floß dabei Eiter aus der Harnröhre ab. Ein 2 oder 3 Jahre später konsultierter Arzt diagnostizierte eine Urethrocele und verordnete Spülungen. Verf. sah die Pat. vor 4 Jahren und nahm einen mit der Urethra kommunizierenden Absceß an, den er inzidieren wollte, Pat. verweigerte jedoch die Operation. Erst jetzt konnte er dieselbe ausführen: Exstirpation der den Absceß bildenden hühnereigroßen Cyste unter Resektion von 2 cm der Urethra. Heilung. Ob eine Urethrocele vorlag oder eine Skenesche Cyste, läßt Verf. dahingestellt. *Colmers.*

Barton, Wilfred M.: Potassium permanganate as a local anesthetic to the genito-urinary mucous membranes. (Kaliumpermanganat als lokales Anästheticum für die Schleimhäute des Urogenitaltraktus.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 3, S. 196—197. 1913.

Verf. fand zufällig bei einem Patienten, bei welchem er eine Injektion von Kaliumpermanganat in die Urethra und Blase gemacht hatte, schon nach wenigen Sekunden eine solche Unempfindlichkeit der Schleimhaut, daß er eine dickere Sonde durch eine Striktur ohne Schmerzen hindurchführen konnte. Weitere Beobachtungen bestätigten seine Entdeckung. Auf der Haut ließ sich Schmerzlosigkeit nicht erzielen. *Rittershaus* (Coburg).

Ludwig, Fritz: Ureterblasenscheidenfistel nach kriminellem Abort. (*Geburtshilfl. gynaekol. Univ.-Klin., Bern.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1,** H. 5, S. 459 bis 464. 1913.

Beschreibung einer Ureterblasenscheidenfistel, welche durch ein während der Schwangerschaft aus kriminellen Gründen mehrmals mit Gewalt in die Vagina eingeführtes Bougie entstand. Es bildete sich eine kleine Blasenscheidenfistel und außerdem eine Ureterblasenfistel, was cystoskopisch sichergestellt wurde. Durch eine abdominale Operation wurde die Blasenscheidenfistel geschlossen, worauf die Frau zwar 3 Monate lang trocken war. Im Anschluß an ein Trauma trat dann abermals Harnträufeln auf, es bestand keine Blasenfistel mehr, dagegen hatte sich durch einen paravesicalen Absceß eine Kommunikation zwischen rechtem Ureter und Scheide hergestellt, welche aus verschiedenen Gründen die Nephrektomie zur Heilung notwendig machte. *Weibel* (Wien).

Munk, Fritz: Klinische Diagnostik der degenerativen Nierenerkrankungen. 1. Sekundär-degenerative — primär-degenerative Nierenerkrankung. 2. Degenerative Syphilisniere. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **78,** H. 1/2, S. 1—52. 1913.

Durch Polarisationsmikroskop (2 gekreuzte Nikols) sind Lipoide als fettähnliche doppeltlichtbrechende Substanzen im Urin nachzuweisen. Sie finden sich nur bei allmählichem Absterben der Zelle im lebenden Organ und nur bei nephritischen Nieren, meist als Lipoidzylinder, während Neutralfett bei Lipurie, Tumorkachexie, perniziöser Anämie, Diabetes, Tuberkulose, bei chemischer Giftwirkung, Infarkten, lokalen Erkrankungen der Harnwege und bei Nephritis im Urin auftreten kann. Bei akut entzündlicher Nephritis werden nie Lipoide gefunden, erst bei ihrem Übergang in chronisch degenerative Prozesse. Demnach müssen abklingende akute Nephritiden wegen der prognostischen und therapeutischen Konsequenzen besonders auf etwaiges Auftreten von Lipoiden beobachtet werden. Durch das Auftreten von Lipoiden kann aber auch das Vorkommen akuter, primär-degenerativer Nierenerkrankungen, nicht nur sekundär degenerativer bewiesen werden. Ein besonderer Typus der akuten parenchymatösen Nephritis ist derjenige mit syphilitischer Ätiologie. 14 in den letzten 3 Jahren beobachtete Fälle (Krankengeschichten). Der kausale Zusammenhang zwischen Syphilis und Nephritis ist teilweise direkt nachweisbar. 11 mal sind es Frauen. Hochgradige Anämie, mehr weniger starke Ödeme, keine Herzerscheinungen. Klagen über Mattigkeit. Gelegentlich Temperaturerhöhungen, wechselnde Harnmengen mit hohem spezifischem Gewicht, große Albumenmengen, bis $28^0/_{00}$, wenig Erythrocyten, mehr Leukocyten, massenhaft Epithelien und Zylinder, in der Überzahl Lipoidzylinder. Verlauf: fast immer Erholung, letaler Ausgang im akuten Stadium selten. Schwinden der Ödeme,

größere Urinmengen, Eiweißgehalt bleibt hoch. Allgemeinbefinden, oft Jahre hindurch, gut. Relativ gutartiger weiterer Verlauf. ev. Übergang in interstitielle syphilitische Nephritis. Pathologisch-anatomisch: große weiße Niere; lipoide Degeneration hauptsächlich der gewundenen Kanälchen, intakte Glomeruli, keine zellige Infiltration, keine Andeutung von Amyloidentartung (ev. in spätem Stadium). Also pathologisch-anatomisch degenerative Nephritis bei klinisch mehr oder weniger akut auftretender Nephritis. Dieselbe lipoide Degeneration findet sich ja auch bei anderen metaluetischen Erkrankungen (Paralyse, Tabes). Also auch hier wohl ähnliche Beziehungen zwischen syphilitischer Noxe und Nierenerkrankung. Therapie: keine starken Diuretica im akuten Stadium, ev. Hautdrainage. Jodkali (0,5 pro die). Bei Schwinden der Ödeme gelinde Schmierkur, mehrfache Wiederholung; reichliche Ernährung; Eisen. *Hedinger.*[M]

Cserna, St., und G. Kelemen: Größe der Arbeit kranker Nieren. Experimentelle Untersuchungen. (*Inst. f. exp. Pathol. u. physiol. Chem., Univ. Budapest.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **53,** H. 1/2, S. 41—68. 1913.

Am curaresierten Hund wird bei experimenteller Nephritis vor und nach der Exstirpation der Nieren der respiratorische Gaswechsel bestimmt. Ausfall im Gaswechsel ist nach Tangl = Arbeit der kranken Niere. 1. Bei Uran-, Cantharidin-, Chromnephritis ist der Stoffwechsel der Nierensubstanz durch die Entzündung quantitativ verändert, denn nach Exstirpation der pathologischen Nieren ist der Ausfall im O_2-Verbrauch und der CO_2-Produktion des Organismus bedeutend größer als nach Exstirpation gesunder Nieren. Der Stoffwechsel ist aber auch qualitativ verändert, was der wegen des Ausfalls der nicht nur relativ, sondern absolut mehr CO_2 produzierenden kranken Niere weniger stark als beim Ausfall der normalen Niere anwachsende respiratorische Quotient anzeigt. Aus respiratorischem Quotient und O_2-Verbrauch berechnet sich die Arbeit der kranken Niere auf 31 Cal. pro Minute gegen 20 Cal. der gesunden. Bei stärker fortgeschrittenen pathologischen Veränderungen, die sich durch Eintritt von Ischurie oder Anurie anzeigen, sinkt aber der Energieumsatz unter das normale Niveau. 2. Das gleiche gilt für die Gaswechselveränderung bei temporärer Unterbindung der Nierengefäße und dadurch bedingter Funktionsstörung. *Hedinger.*[M]

Goodman, Charles: Phenolsulphonephthalein in estimating the functional activity of the kidneys. A further contribution to its value. (Phenolsulfonphthalein zur Bestimmung der Nierenfunktion.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 3, S. 184—189. 1913.

Verf. sieht in der Phenolsulfonphthaleinprobe die beste Methode zur Bestimmung der Nierentätigkeit sowohl beim gesunden wie beim kranken Menschen. Sie zeigt Niereninsuffizienz schon dann an, wenn klinische Symptome noch fehlen. Bei Allgemeinerkrankungen ist die Ausscheidung des Farbstoffes normal solange Nierenschädigungen fehlen. Nach Beseitigung von Ureterenobstruktion (Steine) tritt eine Besserung der Farbstoffausscheidung ein. Bei der Untersuchung einseitiger Nierenaffektionen hat sich die Probe ebenfalls bewährt. — Intravenöse Applikation des Farbstoffes hat sich dem Verf. nicht bewährt. *Michaud* (Kiel).[M]

Jonass, Anton, und A. Edelmann: Ein neues Albuminimeter zur sofortigen quantitativen Eiweißbestimmung. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 36, S. 2205 bis 2207. 1913.

Shenton, Edward W. H.: Elimination of errors in the X-ray diagnosis of urinary calculus. (Die Ausschaltung von Irrtümern in der Röntgendiagnose von Steinen der Harnwege.) Lancet Bd. **185,** Nr. 2, S. 77. 1913.

Fehlerquellen bei der Steindiagnose liegen hauptsächlich am schlechten Röntgenapparat und an der Dickleibigkeit des Patienten. Verkalkte Drüsen, Phlebolithen, kurz vorher verabreichtes Wismut können ebenfalls zu Irrtümern führen. *Baetzner* (Berlin).[CH]

Vogel, Julius: Ein neues Ureterencystoskop mit Vorrichtung zum leichten Auswechseln der Katheter, zugleich ein Beitrag zur Asepsis des Harnleiterkatheterismus. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7,** H. 8, S. 624—629. 1913.

Das Instrument (24 Ch. stark) ermöglicht die Sondierung beider Harnleiter mit starkkali-

brigen Sonden (8—9 Ch.). Es braucht nach Einführung des einen Katheters zur Sondierung des 2. Ureters nicht aus der Blase entfernt zu werden. Das Cystoskop ist nur für einen einzigen Katheter eingerichtet, der nach Einführung in die Harnleitermündung mit Leichtigkeit aus dem cystoskopischen Katheter herausgeworfen werden kann, während dieser gleichzeitig mit einem zweiten Katheter beschickt wird. Das Instrument gestattet die Spülung der Blase, wenn der Blaseninhalt sich getrübt hat. Es ist einwandfrei sterilisierbar. Die Lampe kann bei liegendem Instrument ausgewechselt werden. Ringlebsche Optik. Hersteller: Georg Wolf, Berlin.

Frangenheim (Leipzig).CH

Tumoren des knöchernen Beckens und der Glutaealgegend:

Thomschke: Über akute Osteomyelitis des Schambeins. (*Garnison-Laz., Metz-Montigny.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **123,** H. 3/4, S. 290—304. 1913.

Literaturangaben, aus denen hervorgeht, daß die primäre Osteomyelitis des Os pubis eine sehr seltene Erkrankung ist. Sechs Krankengeschichten, von denen drei einer Arbeit A. von Bergmanns entnommen sind, drei selbst beobachtete Fälle betreffen. Von den Kranken der ersteren sind zwei geheilt, einer ad exitum gekommen; dasselbe Verhältnis bei den letzteren. Die akute Osteomyelitis des Os pubis trägt alle Charakteristica der akuten Osteomyelitis.

Schultze (Posen).CH

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Paine, A. K.: The obstetrical problem of the poor. (Das geburtshilfliche Problem bei den Armen.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169,** Nr. 4, S. 121 bis 123. 1913.

Geburtshilfe bei den Armen leistet 1. die Hebamme. Schlecht oder gar nicht geschult, schlecht bezahlt, schadet sie außerordentlich. Obligatorische Ausbildung und Überwachung fehlen. Der Arme nimmt sie wegen der geringen Bezahlung und der gleichzeitig von ihr geleisteten Pflege- und Hausarbeit. Allerdings zerstören die Ärzte den Vorsprung ihrer Technik durch Operationswut und mangelhafte Asepsis. 2. Der praktische Arzt (für 10—15 Dollar). Seine geburtshilfliche Ausbildung ist mangelhaft, sein allgemeiner Beruf hindert ihn. 3. Wohltätige Kliniken. Sie ermöglichen durch ante-partum-Kliniken die Prophylaxe, überwachen die ausübenden Studenten (ohne die ein Arbeiten außerhalb der Klinik unmöglich), stellen gutes Pflegepersonal. Dagegen leiden sie unter dem Vorurteil gegen Behandlung durch Studenten und treten durch Ausnützung ihrer Institutionen von seiten gewissenloser Besserbemittelter in Konkurrenz mit dem Praktiker. Vorschläge des Autors: 1. Abschaffung der Hebammen oder obligatorische Prüfung und Überwachung derselben. 2. Für die ganz Armen die wohltätigen Kliniken. 3. Für die wenig Bemittelten den allgemeinen Praktiker, der durch eine größere Zahl geburtshilflich Geschulter zu unterstützen ist. *Mohr* (Berlin).

Schwangerschaft:

Cohrs, Em.: Le séro-diagnostic de la grossesse. (Die Serodiagnose der Schwangerschaft.) (*Clin. obstétr. et gynécol., univ. Liége.*) Scalpel et Liége méd. Jg. **66,** Nr. 4, S. 53—55 u. Nr. 5, S. 71—75. 1913.

Nach theoretischen Erörterungen, die nichts Neues bringen, teilt Autor seine Resultate mit der Abderhaldenschen Dialysiermethode mit. Bei 42 Gebärenden hat er das Blut der Entbindungshämorrhagien untersucht. Die Prüfung hatte immer ein positives Resultat, aber ein negatives, wenn das Serum $^1/_2$ Stunde bis 59° erwärmt war. Von 21 jungen Schwangeren (2—4 Monaten) gaben 19 ein positives Resultat. Von den beiden anderen hatte die eine eine Verspätung der Menses von 9 Wochen, die andere von 14 Tagen. Im allgemeinen war die Reaktion um so intensiver, je älter die Schwangerschaft war. Post partum und post abortum hat das Blut der Patientinnen immer ein positives Resultat gegeben. Doch 2 Monate nach der Geburt und einen Monat nach einem Abort haben 2 Patientinnen ein negatives Resultat ergeben. Bei Retention der Placenta gibt es immer eine +-Reaktion. Von 22 Nichtschwangeren waren 19 —. Die Reaktion war + in 2 Fällen; der eine war eine doppelseitige Pyosalpinx.

der andere eine Verspätung der Regel von 7 Wochen. Es ist nötig, das Blut beim leeren Magen zu entnehmen, um keine Verdauungspeptone zu bekommen. *R. Chapuis.*

Lewy, Johanna: Zum Nachweis der Schwangerschaft durch das Dialysierverfahren nach Abderhalden. (*Klin. von Prof. P. Strassmann, Berlin.*) Frauenarzt Jg. **28**, H. 7, S. 290—293. 1913.

Auf Grund einer größeren Reihe von Untersuchungen bestätigt Verf. die Spezifität des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zum Nachweis der Schwangerschaft. Die in 2 Fällen gefundenen Fehlresultate werden durch Fieber und unrichtige klinische Diagnose erklärt. *Hiess* (Wien).

Markoe, James W., and Lucius W. Wing: The thyroid in pregnancy. A report on an additional series of cases. (Die Thyreoidea in der Schwangerschaft. Bericht einer Reihe von Fällen.) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York Bd. **9**, Nr. 2, S. 96—103. 1913.

Unter 852 Primiparis hatten 83 (9,7%), unter 734 Multiparis 49 (6,7%) Vergrößerung der Thyreoidea. 8 Fälle zeigten Hyperthyreoidismus. Unter den Primiparis begann die Vergrößerung bei 20 vor der Schwangerschaft, bei 20 während derselben, bei 43 wurde sie erst am Ende der Gravidität bei Untersuchung entdeckt, bei 15 trat im Wochenbett Verkleinerung auf. Parallelzahlen der 49 Multiparae: 13, 17, 19, 6.

Zur Behandlung: Hygiene, Aufenthalt im Freien, Vermeidung von Nervenschädigung, viel Ruhe und Schlaf, Diät, Förderung der Verdauung, Tonica, manchmal Jod; bei Hyperthyreoidismus Bettruhe, bei Steigerung Einleitung der Frühgeburt oder Operation der Thyreoidea. *Mohr* (Berlin).

Bailey, Harold C.: The clinical significance of the urine in pregnancy. (Die klinische Bedeutung des Harnes in der Schwangerschaft.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 263—273. 1913.

Bei Leberschädigungen, welche bei den Schwangerschaftstoxämien auftreten, findet sich eine Herabsetzung der Gesamtstickstoffausscheidung und ein wechselndes Verhältnis zwischen den einzelnen stickstoffhaltigen Komponenten. Bei Leberdegeneration infolge verschiedener Giftstoffe besteht dagegen stets eine Zunahme der Gesamtstickstoffausscheidung, und das Verhältnis der einzelnen Teile zu dem Gesamtstickstoff ist nicht wesentlich verändert. Nach den Untersuchungen von Folin erfolgt der Abbau der Aminosäuren hauptsächlich in den Geweben. Bei Eklampsie und präeklamptischen Zuständen findet sich keine nennenswerte Änderung in der Stickstoffausscheidung mit Ausnahme einer Gesamtstickstoffverminderung; die Veränderungen der Verhältniszahlen der einzelnen Komponenten zueinander sind zurückzuführen auf die Diät und auf verschiedene Absorptionsverhältnisse. *Schmid* (Prag).

Lévy, Ed., A. Magnan et Ch. Sellet: Recherches sur la croissance fœtale. (Nachforschungen über das fötale Wachstum.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr. Jg. **26**, Nr. 290, S. 210—215. 1913.

Bericht über die Gewichts- und Längenzahlen von 1400 Früchten aus der Klinik Baudeloque während 20 Jahren, unter Angabe der Maximal-, Minimal- und Durchschnittszahlen. Die Zahlen für die einzelnen Monate schwanken kolossal infolge mangelhafter Terminbestimmung und verschiedener Ernährung des Eies. Das Gewichtswachstum ist enorm; bis zum 7. Monate verdoppelt die Frucht ihr Gewicht jeden Monat, von da ab beträgt der monatliche Zuwachs ein Drittel oder Viertel. Das Längenwachstum ist etwas langsamer; monatliche Verdoppelung bis zum 4. Monat, Wachstum um ein Drittel bis zum 5. Monat, dann monatlicher Zuwachs um ein Fünftel. Die Endzahlen schwanken von 2—5 kg und 40—55 cm. Größtes bisher beobachtetes Gewicht: 9 kg 900 g. *Frankenstein* (Köln).

Dědek, B.: Zur Frage über die Entwickelung des Atemrhythmus bei den menschlichen Föten. Folia neuro-biol. Bd. **7**, Nr. 6, S. 539—548. 1913.

Bei vorzeitig geborenen Kindern läßt sich eine auffällige periodische Atmung nachweisen; den zu- und abnehmenden Atemperioden folgt eine apnoische Pause; die Phasen der Atemstillstände sind in der Regel kürzer als die Atemperioden. (Abbildung von mit Kymographion aufgenommenen Atemkurven.) Die periodischen Atemtypen verwandeln sich dann später in den ununterbrochenen Atemtypus. Die

Untersuchungen des Verf. bilden eine Stütze der Ahlfeldschen Lehre von der intrauterinen Atmung. Der erste Atemzug nach der Geburt ist das Endergebnis einer langen Entwicklung des Atemmechanismus intra uterum. *Grünbaum* (Nürnberg).

Villandre: Plexus hypogastrique et son ganglion chez l'embryon humain, avant la fin du troisième mois. (Plexus hypogastricus und sein Ganglion beim menschlichen Embryo vor dem Ende des III. Monats.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88,** Nr. 6, S. 315—323. 1913.

An Sagittal- und Transversalschnitten durch menschliche Embryonen von 25—30 mm hat Verf. die Lage und Ausbreitung des Plexus hypogastricus studiert und ist dabei zu folgendem Resultat gekommen: Der Plexus hypogastricus und seine Ganglienplatte bilden ein kontinuierliches Geflecht, das die Beckenorgane, Rectum, Genitalorgane, Blase und deren Nachbarschaft umspinnt und oben durch die Umbiegungsstelle der Arteriae umbilicales begrenzt ist. Die Lage der Ganglienplatte, insbesondere ihre verschiedene Dichtigkeit wird noch genauer beschrieben, ebenso die Begrenzung des Nervengeflechtes an den einzelnen Organen. Über ev. Anastomosen des Plexus hypogastricus mit der Sympathicuskette und dem Plexus sacralis kann Verf. keine sicheren Angaben machen. *O. Meyer* (Stettin).

Curtis et Oui: Contribution à l'étude de la môle disséquante ou pénétrante. (Beitrag zum Studium der Mola dissecans oder destruens.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Jg. **40,** (H. 6), S. 321—351 u. H. 7, S. 398—439. 1913.

Literaturergebnisse über die Anatomie der Mola hydatidosa. Verff. wollen die allgemeine Bedeutung der französischen Benennung von „Môle disséquante" fallen lassen, weil sie sich nicht vollkommen mit dem Begriff von „Mola destruens" deckt. Den Fall von Marchand (1895) fassen sie nicht auf als „Mola benigna" sondern als „Mola destruens ulcerosa superficialis". Literaturangabe über die Uterusperforation durch Mola hydatidosa. Verff. unterscheiden die Formen der Mola destruens in situ in: sezernierende Form (disséquante), eindringende Form (pénétrante), ulcerosa superficialis und neoplastica (Chorionepithéliomdegeneration); bei teilweise ausgestoßener Mola destruens unterscheiden sie die tiefgreifende Form mit einzelnen oder mehreren Herden. Literaturergebnisse über Metastasenbildung bei Mola hydatidosa destruens. Klinische Literaturergebnisse. Verf. berechnet auf 22 Fälle von Mola destruens die Mortalität auf 13%. Behandlung: digitale Ausräumung oder Hysterektomie. Keine Abrasio! Verff. studieren in bezug auf ihren Fall von ganz gutartiger Blasenmole die verschiedenen angegebenen Zeichen der Bösartigkeit einer Mola.

Sein Fall soll sich von allen bisher beschriebenen unterscheiden durch eine ganz exakte Lokalisierung der Mola und ihre Einkapselung in einer Fibrinlage, durch eine interstitielle Re, aktion des Muskelgewebes und die Abwesenheit ausgedehnter Nekrosen von Muskelgewebe- durch die Abwesenheit einer decidualen Umwandlung der Schleimhaut, durch die Abwesenheit einer weiteren Ausbreitung der exochorialen Elemente und die Abwesenheit von Metastasen.

Auf Grund ihrer Beobachtungen nehmen Verff. für die Gutartigkeit einer Mola destruens folgende Zeichen an: Exakte Lokalisierung und Einkapselung in einer Fibrinlage, stetige gleichzeitige Anwesenheit der Placentarpapillen und der exochorialen Wucherungen, überwiegende Wucherungen der Langhansschen Zellen und geringe Anzahl der syncytialen Wanderzellen, direkte Kernteilungen in diesen Zellen, die Abwesenheit einer Ausbreitung der exochorialen Elemente in das Muskelgewebe und in die Gefäße, geringe Nekroseerscheinungen an der Grenze der enochorialen Wucherungen und interstitielle Reaktion des Gewebes unter Form einer Infiltration von Plasmazellen. Diese verschiedenen Zeichen können sehr leicht bei einer Mole in situ festgestellt werden, bei der Abrasio ist das leider nicht möglich. *Daels* (Gent).

Branca, A., et R. Marmier: Contribution à l'étude des malformations épendymaires. (Beitrag zum Studium der Ependym-Mißbildungen.) (*Laborat. d'histol., fac. de med. de Paris.*) Bibliogr. anat. Bd. **23,** Nr. 3, S. 279—300. 1913.

Verff. fanden bei 6 Embryonen von 3—6 cm 4 mal das Lumbosakralmark mit mehrfachen Kanälen versehen, die zum Teil völlig, zum Teil nur stellenweise mit Ependym ausgekleidet waren. Diese Mißbildungen sind nach ihrer Ansicht häufiger, als man annimmt. Möglicherweise spielen die Verdopplung der Ependymkanäle eine Rolle bei gewissen Rückenmarkserkrankungen. *Dahl* (Würzburg).

Schumann, Edward A.: Observations upon the formation of terata. (Bemerkungen über die Bildung von Mißgeburten.) Americ. journal of obstetr. Bd. 67, Nr. 6, S. 1159—1165. 1913.

Mißbildung: eine kongenitale Veränderung eines oder mehrerer Organe oder des ganzen Körpers über die Grenzen der Speziesvariation hinaus (Schwalbe). Die Veränderungen sind erblich, im Keim entstanden und nicht auszugleichen oder durch mechanische Einflüsse, Krankheit bewirkt. Birnbaums Modifikation von Ballantynes Einteilung. — Die anormale Entwicklung beginnt mit einer Veränderung in der Keimzelle oder mit einer falschen Einbettung des Eies. Schwalbe glaubt, daß bei Entstehung von Doppelmißbildungen vor Ablauf der Gastrulation eine Unterteilung des Eimaterials durch Verlagerung der ersten Blastomeren vorliegt. Nach Moll entstehen Monstra durch äußere Einflüsse auf normale Ova infolge falscher Implantation. Ähnlich Hertwig: Eintauchen der Eier in verschiedene chemische Flüssigkeiten gibt verschiedene Monstra. Symmetrische Mißbildungen definiert Wilder als ordnungsgemäß entstandene, wenn auch anormale Geschöpfe. — Die Varietät der Monstra erklärt sich aus der Annahme, daß alle Organe, nicht gleichzeitig, ein Stadium höchster Proliferation besitzen, in das eben gerade der schädigende äußere Einfluß trifft. (Jackson). So kann eine Störung des gegenseitigen inhibitorischen Mechanismus erfolgen. *Mohr* (Berlin).

Sirtori, Carlo: L'aborto studiato nelle sue cause anatomo-patologiche. (Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Ursachen des Abortus.) (*Istit. ostetr.-ginecol. di perfezion., Milano ed. annessa r. scuola di ostetr.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 35, Nr. 7, S. 1—205. 1913.

Sorgfältige, histologische Untersuchungen bei 150 Fällen von Abortus; Einteilung in innere und äußere Ursachen. Tierexperimente. Eingehende Berücksichtigung der gesamten Weltliteratur. Zu kurzem Referate nicht geeignet. *Schmid* (Prag).

Zimbler, A.: Ein Fall von Uterusperforation durch einen Fremdkörper. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 32, S. 1773—1774. 1913.

Eine 28 jähr. IIIpara in der 5. Woche schwanger führt sich selbst einen 10 cm langen Gänsefederkiel in den Uterus ein. Am ersten Tage lösten sich keinerlei Beschwerden aus, am nächsten Tage beim Heben einer schweren Last plötzlich heftiger Schmerz im Unterleib. 20 Stunden darauf findet Zimbler den Cervicalkanal für 1 Finger offen und im Cavum uteri den Fremdkörper schrägliegend, das vordere Ende hatte die Uteruswand oberhalb der Symphyse 3 Querfinger links von der Linea alba durchbohrt. Der Federkiel wird digital entfernt, das abgelöste Ei teils mit Finger, teils mit Abortkürette entfernt. Tamponade der Gebärmutter mit Jodoformgaze. Heilung innerhalb 8 Tagen. *Torggler* (Klagenfurt).

Hartmann, I. P.: Beiträge zur Klinik der tubaren Schwangerschaft. (*Krankenh. St. Lukas-Stift.*) Nord. med. Ark. Kirurg. Bd. 46, H. 1, Nr. 1, S. 1—84. 1913.

Klinische Studie über 93 im Zeitraum 1898—1910 im Krankenhause des St. Lukasstiftes beobachtete Fälle von Tubargravidität, die nichts wesentlich klinisch-neues bringt. 66 Fälle wurden mittels Laparotomie behandelt, in 16 wurde die Kolpotomie angewandt. Von 1905 an wurde ausschließlich der abdominelle Weg gewählt. In 40% der einseitig operierten Fälle trat neuerliche Gravidität ein. Das Zurücklassen der anderen Adnexe erscheint mit Rücksicht darauf, wenn es ihr Befund nur einigermaßen gestattet, angezeigt. *Bienenfeld* (Wien).

McGuire, Stuart: Report of five cases operated on a second time for extra uterine pregnancy. (Bericht über 5 Fälle von wiederholter Extrauteringravidität.) Old Dominion journal of med. a. surg. Bd. 16, Nr. 1, S. 14 bis 18. 1913.

Die Frage, ob der Operateur bei Extrauteringravidität die nichtgravide Tube sofort entfernen soll oder nicht, ist schwer zu entscheiden; es ist falsch, die Entscheidung vor der Operation die Patientin selbst treffen zu lassen. Der Arzt soll in jedem einzelnen Falle so vorgehen, als wenn es sich um ein Glied seiner eigenen Familie handelte. *Engelhorn* (Erlangen).

Sternberg, Wilhelm: Neue Gesichtspunkte für die Ätiologie und Therapie des Erbrechens in der Gravidität, bei Tabes und in der Seekrankheit. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19, H. 4, S. 447—455. 1913.

Nicht nur die Nahrungsmittelchemie kommt für die Diättherapie und diätetische Küche in Betracht, sondern auch der Genuß der Genußmittel und damit die sinnphysio-

logischen Faktoren des Geschmacks. Diese setzen sich zusammen 1. aus der sensuellen Schmackhaftigkeit (Geschmacksinn), 2. dem Wohlgefallen an der physikalischen Konsistenz (Tastsinn), 3. dem Wohlgeruch und 4. der ästhetisch-psychischen Appetitlichkeit (Gesichtssinn). Die motorischen Funktionen des Magens sind Peristaltik und Antiperistaltik, letztere zeigt zwei Symptome, das Brechen und sein Vorstadium, den Brechreiz mit dem Vorgefühl des Ekels. Diese Symptome werden gerade durch sinnliche Eindrücke aller vier Sinne hervorgerufen. Besonders ist der Geruchsinn dabei beteiligt. Wenn schon diese vier Sinne unter physiologischen Bedingungen Brechen und Brechneigung hervorrufen können, so veranlassen sie noch leichter in pathologischen Fällen reflektorisch Brechen und Brechneigung, besonders bei folgenden Krankheiten: 1. Fieber und allen fieberhaften Erkrankungen, 2. Vomitus gravidarum, 3. Crises gastriques in Nervenkrankheiten, zumal bei Tabes, 4. Seekrankheit, Nausea. Fieberhafte Kranke können Speisen, auch Lieblingsspeisen, oft nicht sehen oder riechen, ohne Brechreiz zu empfinden. Die Brechneigung und das Brechen sind hier als Kunstgriff der Natur anzusehen, um weitere Schädigungen des erkrankten Körpers durch fortgesetzte Nahrungsaufnahme zu verhüten. In der Schwangerschaft ist die psychische Empfindlichkeit überhaupt gesteigert. Dadurch wird durch die vier sinnlichen Eindrücke leichter das reflektorische Erbrechen ausgelöst. Schon das Zusehen bei Küchenarbeiten und der Küchengeruch rufen Brechreiz hervor. Man darf schwangere Frauen also nicht in der Küche beschäftigen. Auch die taktile Empfindlichkeit der Mundhöhle ist gesteigert. Schon das Gurgeln allein kann den Würgereflex und Erbrechen hervorrufen. Ähnlich ist es bei Seekranken und bei Tabes. Es empfiehlt sich daher die Anästhesierung der Nase, des Rachens, des Magens und anderer Teile gegen den reflektorischen Vomitus, z. B. Cocainisierung der Nase und des Rachens. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Gilles, R.: Spina bifida et puerpéralité. (Spina bifida und Schwangerschaft.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 7, S. 425 bis 432. 1913.

Kasuistischer Beitrag (3. Fall der Literatur). Starke gastrische Krisen gegen Ende der Schwangerschaft. Wehentätigkeit kräftig. Forceps. Milchsekretion.

Die Schwangerschaft steigert die Beschwerden von seiten der Spina bifida, die ihrerseits auf den Verlauf der Schwangerschaft keinen merklichen Einfluß hat. Die Erweiterung des Geburtsschlauches scheint verzögert, die Ausstoßung der Frucht beschleunigt (bei normalem Becken). Als Folgezustände der Geburt besteht die Gefahr der Infektion von seiten des Decubitus, ev. später die Bildung eines Prolapses.

Schiffmann (Wien).

Triboulet, H.: Traitement de la chorée de Sydenham. (Behandlung der Sydenhamschen Chorea.) Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 32, S. 498—500. 1913.

Chorea der Graviden: Tarnier gibt Brom 4, 8 und 12 g täglich, Oui von Lille 6, 8 und 10 g Chloral täglich zur Erzielung eines tiefen Schlafes, der nur während der Mahlzeiten unterbrochen wird. Bei Mißerfolg Unterbrechung der Gravidität, die manchmal auch ohne Wirkung. Chorea ist keine Kontraindikation für das Stillgeschäft!

Mohr (Berlin).

Muret, M.: Tumeurs de l'ovaire et grossesse. (Ovarialgeschwülste und Schwangerschaft.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 5, S. 322—327. 1913.

12 Fälle, 7 in der Schwangerschaft, 3 in der Geburtsarbeit, 2 im Wochenbett. Verf. ist der Meinung, daß in allen Fällen von Ovarialgeschwulst im Becken in den ersten Monaten der Schwangerschaft ohne ernste Störungen ein vorsichtiger Versuch von Zurückschiebung der Geschwulst unter Narkose und in Trendelenburgscher Lage indiziert ist. Darauf folgt die Anwendung von Opium und Morphium. Gelingt die Zurückschiebung nicht, dann soll gewartet werden bis zum Beginn der Geburtsarbeit. Dann soll aufs neue der Versuch gemacht werden mit Zurückschiebung der Geschwulst in die Bauchhöhle, und die Operation, abdominale oder vaginale, je nach

dem Falle, nur vorgenommen werden, wenn die Geschwulst im Becken bleibt und die Entbindung unmöglich macht. *Daels* (Gent).

Audebert et Fournier: Accouchement spontané dans quelques cas des fibromes praevia. (Spontangeburt in einigen Fällen von blockierendem Myom.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 5, S. 309—322. 1913.

Genauer Bericht über 4 diesbezügliche Fälle, in denen der vorliegende Tumor einmal in der Gravidität, die anderen Male während der Geburt in die Höhe stieg und die Geburtswege freigab. Am Schwierigsten in diesen Fällen ist die Geburtsprognose während der Schwangerschaft, ja selbst zu Beginn der Geburt. Ein prophylaktischer Eingriff dürfte stets unnötig sein, wenigstens in den Fällen, wo es sich nur um die Frage handelt, ob der Tumor ein Geburtshindernis bilden wird oder nicht und sonstige Komplikationen fehlen. Wenn der Tumor schon in der Schwangerschaft in die Höhe steigt, so ist die Prognose gegeben; ebenso kann man sie günstig stellen, wenn der Tumor in der letzten Schwangerschaftszeit beweglicher wird. Schwierig liegen die Fälle, in denen der blockierende Tumor scheinbar unbeweglich ist. Aber auch hier ist jeder Eingriff vor Beginn der Geburt verfrüht. Man warte da unter genauer Beachtung der Asepsis, ob sich der Tumor nicht innerhalb von 3 Stunden doch noch zurückzieht, und schreite erst bei negativem Ergebnis zum Kaiserschnitt. *Frankenstein* (Cöln).

Geburt:

Müller, A.: Über Kopfform und Geburtsmechanismus. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 2, S. 142—151. 1913.

Verf. wünscht eine mehr einheitliche Einteilung und Benennung der Geburtslagen, speziell der Kopflagen im Interesse einer besseren Verständigung über die Geburtsverhältnisse bei den verschiedenen Kopflagen. Nicht nur die Schwierigkeit für den Studenten verlangt eine Einheitlichkeit der Bezeichnung, sondern auch die Wissenschaft als solche. Verf. schlägt ein auf mechanischer Grundlage beruhendes Einteilungsprinzip vor, wobei für die Bezeichnung der Kopflage der tiefste Punkt des Kopfes, für die Bezeichnung der Unterart die Richtung des Rückens maßgebend wäre. Demnach hat man 5 Kopflagen zu unterscheiden, die in Übereinstimmung mit den romanischen und englischen Ländern lateinisch bezeichnet werden sollten: I. Positio occipitalis, Hinterhauptslage. II. Positio verticalis, Scheitellage. III. Positio sincipitalis, Vorderhauptslage. IV. Positio frontalis, Stirnlage. V. Positio facialis, Gesichtslage. Bei jeder dieser 5 Lagen unterscheidet man nach der Richtung des Rückens dorsoanteriore und dorsoposteriore Unterarten. Hier hat man 2, 4, 6 oder 8 unterschieden: Rücken seitlich vorn oder seitlich hinten; dorsoanterior und dorsoposterior dextra et sinistra, den Querstand; P. transversalis dextra und sinistra und den vorderen und hinteren primären Gradstand: P. dorsoanterior pubica und dorsoposterior sacralis. Dieses einfache Schema ergibt allerdings $5 \times 8 = 40$ Einstellungen. Wenn man nur vollwertige Lagen, nach dem ganzen Geburtsverlaufe (Partus) unterscheiden will, gibt es nur dorsoanteriore und dorsoposteriore Lagen (Partus), weil nur je diese zwei Austrittsmechanismen vorkommen, also im ganzen nur 10 Lagen. Alle diese Geburtsformen sind beobachtet worden und müssen daher wissenschaftlich anerkannt werden. Den Einwand, daß vom Lehrstandpunkt aus die Aufnahme der seltenen Lage in die Lehrbücher nicht angängig sei, sucht Verf. zu widerlegen. Für den Praktiker ist es wichtig, gerade die seltenen Fälle zu kennen, weshalb ihre Besprechung in den Lehrbüchern wenigstens in Form einer Anmerkung wünschenswert wäre. Die vergleichende Untersuchung des Geburtsmechanismus der verschiedenen Kopflagen ist wissenschaftlich und für das Verständins des Geburtsmechanismus überhaupt sehr wertvoll. Bemerkungen zum Geburtsmechanismus der verschiedenen Kopflagen. *Eisenbach* (Tübingen).

Edgar, J. Clifton: Pituitary extract in uterine inertia. (Hypophysenextrakt bei Wehenschwäche.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 1, S. 20 bis 28. 1913.

Edgar verwendete Hypophysenextrakt in 39 Fällen von primärer und sekundärer Wehenschwäche, in 19 Fällen gleich nach der Geburt, in 6 Fällen von Kaiserschnitt und in ebensovielen Fällen zur Einleitung des Abortes. Verwendet wurden

die Präparate von Burroughs, Wellcome & Co., Parke Davis & Co., Armour & Co. Wenn der Effekt bei sekundärer Wehenschwäche in einer halben Stunde nicht eingetreten ist, kann die Dosis wiederholt werden. Intramuskuläre Injektionen seien empfehlenswerter als subcutane; toxische Erscheinungen wurden auch bei maximalen Dosen nicht beobachtet. Bei Versagen der einfachen Pituitrinwirkung könne man die Droge mit Ergotin kombinieren; dies eigne sich besonders in Fällen von Herzshock. Bei normaler Gebärtätigkeit warnt Verf. vor der Anwendung des Pituitrins. Tetanus uteri wurde nie beobachtet, dagegen Dauerkontraktionen in mehreren Fällen. Bei Anwendung des Hypophysenextraktes zurzeit des Wehenbeginnes könne es zu vorzeitigen Placentalösungen, zur gefährlichen Kompression des Fötus, ja sogar zu tiefen Cervixrissen kommen. Bei Mehrgebärenden scheint die Wirkung besser zu sein als bei Erstgebärenden; besser auch je mehr gegen Ende der Geburt der Extrakt gegeben wird. Bei vorzeitigen Geburten ist die Wirkung ebenfalls geringer als bei ausgetragenen Früchten. Für Postpartumblutungen scheint Ergotin besser zu sein. Die Gefahr der Uterusruptur wird erwähnt. Die Wirkung des Hypophysenextraktes könne man nie mit Sicherheit vorhersagen. Zur Bekämpfung der Blasen- und Darmatonie seien Hypophysenextrakte nicht geeignet. Ebenso sei die galaktagoge Wirkung bisher unbewiesen. *Hofstätter* (Wien).

Breitstein, L. I.: The occipito-posterior position. (Positio occipito-posterior.) California state journal of med. Bd. **11**, Nr. 4, S. 163—164. 1913.

Breitstein glaubt, daß die Positio occipito-posterior in 30—40% der Steißlagen vorkomme; daraus schließt er, daß diese Anomalie häufiger sei als in früherer Zeit angenommen wurde, ja daß sie jetzt häufiger vorkomme als früher. Klinische Zeichen dafür seien eine Verlängerung der Geburtstätigkeit, ein frühzeitiger Riß der Eihäute, eine langsamere Eröffnung der Cervix. Autor findet, daß diese Stellung des Kopfes meist erst diagnostiziert wird, wenn der Schädel den Beckenring passiert hat, während sie doch früher leicht zu ändern wäre. Im letzten Moment helfe die Zange oder der Handgriff von Scanzoni meist sehr gut. *Hofstätter* (Wien).

Peet, Henry: A case of multiple pregnancy quadruplets. (Ein Fall von mehrfacher Schwangerschaft. Vierlingen.) Austral. med. gaz. Bd. **33**, Nr. **26**, S. 620. 1913.

31 jähr. IVpara. Nach 1 tägigen Wehen künstliche Blasensprengung, Forceps, 1. (männliches) Kind; Ergotin wegen Wehenschwäche, Blasensprengung, Forceps, 2. (männliches) Kind. Tags darauf Ergotin, Blasensprengung, 3. (weibliches) Kind, Blasensprengung, Forceps, 4. (weibliches) Kind, totgeboren. Manuelle Lösung einer großen Placenta mit 3 Nabelschnüren, 3 Eihüllen, und einer kleinen mit 1 Nabelschnur, 1 Eihülle. Die 3 Kinder lebten 5—56 Stunden. Alle 4 entsprachen der Größe von 7-Monatskindern, entsprechend der Berechnung der Mutter. Autor berechnet die Zahl der Geburten von Vierlingen in den letzten 19 Jahren für Neu-South-Wales auf 4 pro 1 000 000. *Mohr* (Berlin).

Fair, H. D.: Retarded labor due to slow dilation of the cervix. (Geburtsverlangsamung infolge langsamer Erweiterung der Cervix.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 4, S. 332—334. 1913.

Ursache ist häufiger ungenügende Triebkraft des Uterus als Widerstand der Cervix. Letzterer ist oft bloß nervöser Natur. Hiergegen Morphium-Skopolamin oder Gelsamium. Ist der Widerstand durch Rigidität der Gewebe bedingt (dauernde Contractur des Muttermundes), so gebraucht Autor Lobelia bis zu Brechreiz. Bei alten I. paris heiße Spülung, manuelle Dehnung. Incisionen verwirft Autor. — Ungenügend ist die Triebkraft des Uterus bei Störungen der Kontraktionen oder fehlerhaften Einstellungen. Zu ersteren gehören Wehenschwäche und Wehen, die den vorliegenden Teil nicht auf das untere Segment pressen. Autor gibt hiergegen Konfekt, Chinin. Bei Hydramnios Blasensprengung. Fehlerhafte Einstellung (Beckenenge) ergibt oft vorzeitigen Blasensprung. Hiergegen ist entsprechende geburtshilfliche Technik am Platze. *Mohr.*

Pierra, Louis: A propos d'une observation de travail lent et irrégulier, par suite de spasme et d'œdème du col. (Ein Fall von langsamer und un-

regelmäßiger Geburtsarbeit infolge von Spasmus und Ödem des Muttermundes.) Journal des sages-femmes Jg. **41**, Nr. 16, S. 313—316. 1913.

Die Wehentätigkeit der 30jährigen Primipara dauerte vom 29. Juli bis zum 3. August, ohne den Muttermund weiter, als auf Kleinhandtellergröße auseinander zu ziehen. Ödem des Muttermundes, dem ein Krampf vorhergegangen sein soll. Dilatation des Muttermundes mit Hilfe der Finger nach Tarnier, Riß. Zangenentbindung, starke Blutung. Wochenbett normal.
Voigt (Göttingen).

Kröner, Max: Über den Geburtsverlauf bei occipitalen und dorsalen Meningocelen. (*Frauenklin., Univ. Rostock i. M.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **18**, H. 3, S. 364—376. 1913.

An der Hand der aus der Literatur zusammengestellten und zweier eigner in der Rostocker Universitätsklinik beobachteten Fälle von occipitalen und dorsalen Meningocelen weist der Verf. nach, daß diese Anomalien nicht nur häufig eine schwere Geburtskomplikation bilden, sondern auch vor allem ein nicht zu unterschätzendes ätiologisches Moment für die Entstehung von Deflexionslagen sind. *Hohl* (Bremerhaven).

Harrison, George Tucker: Uterine inertia, its treatment. (Wehenschwäche und ihre Behandlung.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 79. 1913.

Die primäre Wehenschwäche erfordert kaum eine besondere Behandlung. Bei sekundärer Wehenschwäche besonders nach dem Blasensprunge muß wegen Gefahr für das Kind (Abfließen des Fruchtwassers) und für die Mutter (Infektion) oft ein Metreurynter eingelegt werden; danach Wendung oder Zange. Die in diesen Fällen neuerdings vorgeschlagene Sectio caesarea hält Autor nicht für indiziert. Hingegen sah er bei Anwendung von Hypophysenextrakt gute Erfolge. Bei der primären Wehenschwäche geben subcutane Injektionen von einer Mischung von Morphium, Atropin und Strychnin gute Erfolge. *Hofstätter* (Wien).

Rittenhouse, William: Postpartum hemorrhage, and how best to control it. (Hämorrhagie post partum und ihre Bekämpfung.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 4, S. 327—329. 1913.

Tamponade wirkt nur durch Auslösung von Kontraktionen durch den Effekt der rauhen Gaze auf die Uteruswände. Ist der Gazeballen vollgesogen, so wirkt er ähnlich einem Koagulum erschlaffend auf die Uterusmuskulatur. Hämorrhagie post partum entsteht durch Kontraktionsträgheit der Muskulatur oder durch Fremdkörper (Placenta, Polyp, Koagulum). Ein Koagulum bildet sich an zurückgelassenen Eiteilen, an der rauhen Placentarstelle durch Niederschlagung von Mänteln geronnenen Blutes, die durch jede Kontraktion noch mehr zu fibrinösen Gebilden zusammengepreßt werden. Eine Blutung nach außen kann fehlen! Eigentliche Kontraktionsträgheit ist selten. Wenn sie vorhanden, handelt es sich oft um Neurasthenische. Therapie: Stets 1 Stunde bei der Entbundenen bleiben! Starke Nachwehen sprechen für ein Koagulum! Stets ausräumen! Nur bei starker Kontraktionsträgheit tamponieren! — Bericht über Exitus infolge Shock bei Tamponade. *Mohr* (Berlin).

Soli, Ugo: Contributo al reperto anatomico dell'eclampsia con speciale riguardo all'apparecchio tiro-paratiroideo. (Beitrag zu den anatomischen Befunden bei der Eklampsie mit spezieller Berücksichtigung des Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsensystems.) (*Istit. di anat. patol., univ., Palermo.*) Ann. di clin. med. Jg. **3**, Nr. 3, S. 325—403. 1913.

Autor berichtet über 7 Fälle von Eklampsie und einen Fall von chronischer Nephritis, in dem wiederholte eklamptische Anfälle zu früheren Zeiten nachgewiesen waren. Die Beobachtungen stammen aus den Jahren 1906—1911. Nach genauester Wiedergabe der anatomischen und histologischen Befunde und nach ausführlicher Besprechung der bisher aufgestellten Theorien und kritischen Sichtung der anatomischen Befunde anderer Autoren (157 Literaturangaben) faßt Soli seine Meinungen in übersichtlichen Schlußsätzen zusammen. I. Der bei der Eklampsie noch am häufigsten nachweisbare Befund sind Veränderungen in der Leber. Einzelne Veränderungen finden sich fast in jedem Falle, so Hämorrhagien, Hyperämien und kleine nekrotische Herde; andere Befunde wieder, wie die Ausbildung eines Fibrinnetzes in den hämorrhagischen Herden und Thrombosen der kleinen Gefäße, sind weniger konstant. Zu erklären sind diese Befunde durch eine vermehrte Durchlässigkeit der Gefäßwände und durch eine Alteration des

Endothels, die zu den Thrombosen der Capillargefäße Veranlassung gibt. — II. Sehr häufig findet man in den Nieren eine akute Entzündung der Tubuli oder ein Wiederaufflackern eines chronischen Prozesses. Doch müsse man gerade bei der Niere vorsichtig unterscheiden zwischen den gewöhnlichen Veränderungen, wie sie bei jeder Gravidität vorkommen, und den wirklich krankhaften Zuständen. — III. In seinen Befunden sowie auch in jenen früherer Beobachter kann S. keine Daten auffinden (wenigstens nicht vom anatomischen Standpunkte aus), welche die jetzt moderne Theorie stützen könnten, daß nämlich Veränderungen der Nebenschilddrüsen die Ursache der Eklampsie sein. Unter allen bisher bekannten Fällen von Eklampsie, die genügend genau untersucht worden waren, konnte man Fehlen oder schlechte Entwicklung des Nebenschilddrüsensystems nur in 23% der Fälle nachweisen (7 Fälle). Sichere Veränderungen der Glandula parathyreoidea wurden überhaupt nur in 3 Fällen mitgeteilt (Pepere, Zanfrognini, Haberfeld). — IV. Zelluläre Embolien, sowohl größerer Zellelemente als auch von Leberzellen, sind, was speziell die letzteren anbelangt, recht häufig, stellen aber kein charakteristisches Symptom der Eklampsie dar. — V. Unter den 7 Fällen von Eklampsie fand S. 4 mal die gewöhnliche Graviditätshypertrophie der Schilddrüse und 3 mal mehr oder minder weitgehende Veränderungen derselben. In einem Falle, der durch eine chronische Nephritis kompliziert war, fehlte nicht nur die Graviditätshypertrophie, sondern das Organ war sogar noch kleiner als normal und zeigte einen ganz besonderen Mangel an Kolloid. In dem 2. Falle fand sich eine chronische, fibröse Entzündung der Schilddrüse ebenfalls mit Mangel an Kolloid (Abbildung). In dem dritten Falle lag eine teils parenchymatöse, teils knotige Strumabildung vor. — VI. Die Nebennieren zeigten nur die gewöhnlichen Hypertrophien in der Rinde, kleinzellige Infiltration und kleine nekrotische Herde, wie sie durch den Krampfzustand erklärlich sind. Die Beurteilung dieser nekrotischen Herde ist nach der Ansicht Ss. dadurch sehr erschwert, daß gerade die Nebenniere postmortalen Veränderungen besonders rasch unterliegt. — VII. In der Thymus, Hypophyse und in den Ovarien fand S. keine bemerkenswerte Befunde. — VIII. In der Milz finden sich öfters zahlreiche kleine Hämorrhagien und Veränderungen in den Elementen des Netzwerkes. — IX. Außer den Veränderungen in der Leber fand also S. nichts, was für die Eklampsie charakteristisch wäre. *Hofstätter* (Wien).

Iasonni, V.: La sieroreazione di Rivalta in rapporto all'eclampsia. (Die Serumreaktion nach Rivalta in bezug auf die Eklampsie.) Lucina Jg. **18**, Nr. 8, S. 121—129. 1913.

Die von Rivalta vorgeschlagene Seroreaktion beruht im wesentlichen auf der Fällbarkeit verschiedener Globuline, welche im Serum und in Exsudaten, nicht aber in Transsudaten vorhanden sind, wenn dieselben mit stark verdünnten Lösungen von Essigsäure zusammengebracht werden. Diese Reaktion soll, da den betreffenden Globulinen nach Rivaltas Ansicht eine bedeutende Rolle in der Verteidigung des Körpers zukommt, für die Prognose der bezüglichen Krankheiten einen hohen Wert besitzen. Je nachdem die klinischen Symptome im Verhältnis sind zum Ausfall der Reaktion, soll die Prognose auf guten oder schlechten Ausgang gestellt werden können. Um den Wert dieser Reaktion in bezug auf die Eklampsieprognose zu prüfen, hat Verf. unter Beobachtung einer bestimmten genauen, im Original nachzulesenden Technik diese Reaktion von Rivalta bei Frauen zur Zeit der Menses und im Intervall, bei gesunden Schwangeren, bei solchen mit Albuminurie und Ödemen sowie eklampti schen Gebärenden und Wöchnerinnen ausgeprobt. Bei gesunden Individuen fand Rivalta einen Ausfall von 1 : 400. Bei Menstruierenden war nach Iasonni der Ausfall etwas stärker, 1 : 500, wie er glaubt, wegen der menstruellen Hyperleukocytose, höher war der Ausfall bei gesunden Schwangeren, und viel höher bei solchen mit Ödemen und Albuminurie. Annähernd gleich hohe Werte fand I. auch bei Eklampsien sowohl während der Geburt als im Wochenbett. Die Werte gingen stark herab, sobald die Urinmenge stieg und die Ödeme schwanden. I. glaubt nicht, daß die Rivaltasche Reaktion allein durch die Globuline bedingt ist, sondern ist unter Anführung der Sektionsbefunde Schmorls eher geneigt, die Reaktion den Zerfallstoffen des eklamptischen Prozesses zuzuschreiben. I. kommt zu folgenden Schlußsätzen: Der prognostische Wert der Reaktion von Rivalta hat in seinen Fällen gefehlt. Die Reaktion ist direkt abhängig von den Ödemen und der Urinsekretion. Speziell bei der Eklampsie ist die mit verdünnter Essigsäurelösung ausfällbare Substanz nicht nur von Globulinen gebildet, welche mit den Schutzkräften des Körpers gleichbedeutend sind, sondern auch von jenen Eiweißstoffen, welche aus dem durch die Krankheit bedingten Zellenzerfall resultieren. *Nebesky* (Innsbruck).

Kosmak, Geo. W.: The diagnosis and treatment of eclampsia. (Diagnose und Behandlung der Eklampsie.) Americ. med. Bd. **19,** Nr. 7, S. 477 bis 481. 1913.

Die Diagnose der Schwangerschaftstoxämie sollte mit Sicherheit in jedem Falle gestellt werden, namentlich bei Vorhandensein von Krämpfen. Die Behandlung dieser Komplikation der Schwangerschaft richtet sich nach den Symptomen im Einzelfalle. Ein spezifisches Heilmittel ist bis jetzt nicht gefunden worden. Wenn die Geburt unmittelbar bevorsteht, besonders am Ende der Gravidität, so ist dieselbe zu beschleunigen bzw. zu beenden durch Blasensprengung, manuelle Dilatation der Cervix, Wendung oder Zange. Ist die Geburt noch nicht im Gange oder handelt es sich um Schwangerschaft im 7.—8. Monate, so sind konservative Maßnahmen (beruhigende und die Ausscheidung befördernde Mittel) stets zu versuchen, ehe man seine Zuflucht zu radikalen Operationen (abdominalem und vaginalem Kaiserschnitt) nimmt. Doch kann ein einziger Krampfanfall nie und nimmer als Indikation zur Ausführung der genannten chirurgischen Methoden gelten. *Schmid* (Prag).

Wegner, Arthur: Zur Behandlung der Eklampsie. (*Allg. Krankenh., Lübeck.*) Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 33, S. 1318—1321. 1913.

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der Eklampsiebehandlung, konservative und aktive durch Früh- oder Schnellentbindung unter Hervorhebung der Stroganoffschen Methode mit Morphium und Chloral, Vermeidung äußerer Reize und beschleunigter, aber nicht forcierter Entbindung und der Zweifelschen Methode: Aderlaß und konservative Behandlung. Die Verschiedenheit der Methoden beruht auf dem überaus wechselvollen Bilde der Erkrankung, bei dem eine Prognosestellung zu Beginn besonders schwierig ist. Verf. hält den Mittelweg zwischen einer überaktiven Therapie und einem extrem konservativen Standpunkte für den geeignetsten: Narkotica nach den Prinzipien von Stroganoff und Aderlaß von mindestens 500 ccm und wenn möglich schonende Entbindung in Narkose.

Er berichtet über 32 Fälle mit 4 Todesfällen. 19 mal wurde durch vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt entbunden (2 Todesfälle), 2 mal Zange und 1 mal Extraktion bei Steißlage (1 Todesfall). Zum Schluß wird noch kurz ein Fall von Eklampsie ohne Krämpfe besprochen, der durch Sektion festgestellt wurde. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Peterson, Reuben: Emptying the uterus as a method of treatment of puerperal eclampsia. (Die Entbindung als Behandlungsmethode der Eklampsie.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2, S. 201—209. 1913.

Verf. gibt eine Zusammenstellung übsr die Erfolge der operativen und exspektativen Eklampsiebehandlung, die in der Literatur niedergelegt sind. Solange die Ursache der Eklampsie nicht bekannt ist, muß die Therapie eine empirische sein. Nur große Zahlen sprechen für den Wert einer Behandlungsmethode. Unter einer großen Zahl von Fällen ergab die rasche Entbindung eine mütterliche Mortalität von 15,9%, gegen 28,9% bei abwartendem Verhalten. Möglichst rasche Entbindung nach dem ersten Auftreten von Krämpfen gibt noch bessere Resultate. Als Operationsverfahren soll dasjenige gewählt werden, das möglichst schnell, mit möglichst geringen Verletzungen und Chok für Mutter und Kind zum Ziele führt. *Engelhorn.*

Willson: Cesarean section for threatened eclampsia and death of the child following circumcision. (Kaiserschnitt wegen drohender Eklampsie und Tod des Kindes nach der Circumcision.) (Transact. of the Washington obstetr. a. gynecol. soc., meet. 10. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2, S. 351 bis 354. 1913.

Vorliegender Fall ist besonders interessant dadurch, daß auch beim ersten Partus der 30jährigen III Gravida Eklampsie auftrat. Der Kaiserschnitt in der 3. Geburt war indiziert durch Nabelschnurvorfall und Abgang von Mekonium bei drohender Eklampsie, nach dem angeblich die Achsenzugzange an den beweglich über dem normalen Becken stehenden Kopf gelegt war. Das Kind kam tief asphyktisch, wurde leicht wieder belebt, starb 9 Tage p. p. verunstillbaren Blutungen aus der wenige Stunden p. p. vorgenommenen rituellen Circumcision,

wie Verf. annimmt hämophilen Ursprungs, da Naht, Klemmen, Seruminjektionen ohne Erfolg waren. Die erste Blutung des stark ikterischen Kindes war am 6. Tage post operationem aufgetreten. Die Mutter machte eine glatte Rekonvaleszenz durch. *Vaßmer* (Hannover).

Forssel, Olof H:son: Die obstetrische Wirksamkeit in der Entbindungsanstalt Pro Patria aus den Jahren 1880—1913. Allmänna Svenska Läkartidn. Bd. **10,** H. 27, S. 723—734. 1913. (Schwedisch)

Verf. berichtet aus den Jahren 1880—1913 aus oben genannter Anstalt über geburtshilfliche Komplikationen und Eingriffe und pathologische Fälle. 10531 Frauen sind in dieser Zeit behandelt worden. Die Morbidität an Sepsis betrug 0,2%, die Mortalität 0,06%. Die gesamte Mortalität war 0,25% (Eklampsie in 0,1% der Fälle, 0,009% Verblutung, 0,06% Sepsis und 0,081% sonstige Krankheiten). Wendung auf den Fuß ist in 73 Fällen ausgeführt worden (= 0,69%), wobei 0% der Mutter, 13,7% der Kinder starben. Zange wurde in 542 (= 5%) angelegt; dabei starben 0,18% der Mütter, 3% der Kinder. Manuelle Lösung der Placenta kam in 90 Fällen (= 0,85%) vor; die Mortalität war = 3,3%. Eklampsie kam in 64 Fällen vor, darunter waren 11 Todesfälle = 17,44%. Placenta praevia in 29 Fällen (= 0,29%) mit 1 Todesfall (= 3,4%) der Mütter und in 55% der Fälle Exitus der Kinder. Enges Becken in 64 Fällen (= 0,6%), Uterusruptur in 2 Fällen. Vorzeitige Ablösung der Placenta in 3 Fällen. *Björkenheim* (Helsingfors).

Cranmer, J. B.: A retrospect of 510 obstetrical cases. (Bericht über 510 geburtshilfliche Fälle.) Southern med. journal Bd. **6,** Nr. 8, S. 543—544. 1913.

Von allgemeinerem Interesse enthält die tabellarische Zusammenstellung der geburtshilflichen Tätigkeit Verfs. die Bemerkung, daß in 64,5% der Fälle die Geburt zwischen 6 Uhr abends und 6 Uhr morgens und in 35,5% zwischen 6 Uhr morgens und 6 Uhr abends stattgefunden hat. *Engelhorn* (Erlangen).

Berthaut: Le signalement du forceps Tarnier. (Die Merkzeichen der Tarnierschen Zange.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** H. 7, S. 208 bis 214. 1913.

Nach einer Auseinandersetzung über die mechanischen Verhältnisse bei der Tarnierschen Achsenzugzange beklagt Verf., daß die neuen Modelle sich von der Originalzange wesentlich unterscheiden, und zwar liegt der Hauptunterschied in den zu kurzen (beim Originale 27 cm langen) und zu wenig gekrümmten Zangenlöffeln. Diese Änderung trägt daran Schuld, daß viele die Gefahr des Abgleitens der Zange bei hochstehendem Kopfe fürchten und dieses Abgleiten auch tatsächlich erleben. Die Original-Tarnier-Zange gleitet niemals ab.

Anführung einiger Fälle, wo Verf. mit seiner Originalzange Geburten zu Ende führte, bei denen bereits andere Kollegen mit falsch konstruierten Zangen Mißerfolge hatten. *Freund.*

Old, Herbert: Indications for the high forceps operation. (Indikationen für die hohe Zange.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18,** Nr. 6, S. 136 bis 139. 1913.

Old bespricht die Tatsache, daß der hohe Forceps immer seltener zur Anwendung komme, da die vorzeitige Geburtseinleitung, die Symphyseotomie und die Sectio caesarea immer mehr Anwendung finde. Bei engem Becken konkurriere jedoch für den Praktiker immer noch die Wendung mit der hohen Zange in jenen Fällen, wo man bei engem Becken und Nichteintreten des Kopfes doch ein lebendes Kind erzielen will. Die Statistiken beweisen, daß die Wendung für das Kind schlechtere Resultate ergebe als die hohe Zange, weshalb man sie doch immer versuchen sollte. Zur Rettung der Mutter hält er auch die Embryotomie des lebenden Kindes unter Umständen für eine vollauf berechtigte, ja notwendige Operation. *Hofstätter* (Wien).

Heinricius, G.: Kaiserschnitt an einer 47jährigen Erstgebärenden. (*Obstetr. Gynaekol. Univ.-Klinik, Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55,** H. 6, S. 762. 1913. (Schwedisch.)

Letzte Menses ungefähr 5 Wochen nach der Hochzeit. Erste Kindsbewegungen 5 Monate später. Der Mann ist 70 Jahre alt. Beginn der Wehen am normalen Schwangerschaftsende. Abgang des Fruchtwassers 1½ Stunde früher. Conj. vera 8,5 cm. Da die Frau sich ausdrücklich ein lebendes Kind wünschte und schon 47 Jahre alt ist, da das Becken eng, der Muttermund nach 1½ tägiger Geburtsarbeit und schwachen Wehen nur für 1 Finger offen, die Vaginalwand rigide, und die Ränder des Muttermundes hart und unnachgiebig waren, und da die Frau keine Infektionssymptome zeigte, wurde sectio caesarea 2 Tage nach Wehenbeginn ausgeführt, und

zwar in der in der Klinik üblichen Weise mit dem Schnitt im unteren Uterinsegment, resp. Cervix. Gewicht des Kindes 3100 g. Die Heilung normal. — Der genannte Fall ist der 26. Kaiserschnitt, der in den letzten Jahren in der Klinik mit Incision im unteren Teil des Uterus ausgeführt worden ist. *Björkenheim* (Helsingfors).

Patek, Rudolf: Ein Beitrag zur Widerstandskraft des Peritoneums und der Uterusnaht nach Sectio caesarea (von der Patientin selbst ausgeführt). Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 30, S. 1105—1109. 1913.

März 1909 wurde auf die chirurgische Abteilung des Kronprinz-Stefaniespitales in Wien eine 19jährige Pat. bewußtlos eingeliefert, die eine Schnittwunde in der Mittellinie des Abdomens von 15 cm Länge hatte, aus welcher sich Dünndarmschlingen herauswälzten. Keine Verletzung des Darmes, blutigseröse Flüssigkeit im Bauchraum, Uterus kindskopfgroß, der ganzen Länge nach eröffnet, Naht der Gebärmutterwand mit Seide, Drainage der Bauchhöhle. Drain am 3. Tag entfernt; Bauchdeckenabsceß; parametranes Infiltrat rechts; Fieber durch 6 Wochen; Entlassung 8 Wochen nach der Operation. Das Mädchen hatte sich am Tage der erwarteten Geburt, ohne irgendwelche Wehen zu haben, mit einem Rasiermesser durch einen einzigen kräftigen Schnitt den Bauch und die Gebärmutter aufgeschnitten. Dabei angeblich keine Schmerzen; gleich nachher antwortete sie noch auf eine Frage und wurde ohnmächtig. Das Kind war in dem Kübel, auf dem das Mädchen saß, ertrunken. 1912 neue Schwangerschaft. Im unteren Drittel der Narbe eine Bauchwandhernie, die allmählich größer wurde. Bald nach Beginn der rechtzeitigen Geburt Wehenschwäche; Hypophysenextrakt, Secacornin; spontane Geburt. Nach 15 Minuten die Placenta spontan. Keine Nachblutung. Keine besonderen Schmerzen. *Hofstätter* (Wien).

Wilson, John M.: Caesarean section. (Kaiserschnitt.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 5, S. 334—337. 1913.

Nach einer historischen Übersicht und Besprechung der einzelnen Indikationen zum Kaiserschnitt gibt Verf. eine genaue Angabe der von ihm angewandten Technik, ohne etwas Neues zu bringen. *Engelhorn* (Erlangen).

Wochenbett:

Findley, Palmer: The management of puerperal thrombophlebitis. (Die Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 325—327. 1913.

Vortr. hält die Trendelenburgsche Operation bei der puerperalen Thrombophlebitis theoretisch für wohldurchdacht, praktisch aber für einen recht fraglichen Eingriff (Schwierigkeit der exakten Diagnose vor der Operation, schwierige Entscheidung der Frage, wie weit der Prozeß in den Gefäßen schon vorgeschritten, Gewebsschädigung in der Nachbarschaft infizierten Gewebes, Unmöglichkeit, alle Venen zu unterbinden). Wenig Aussicht hat Serum- und Vaccinetherapie. Die Hauptsache jeder Therapie ist frische Luft und kräftige Ernährung. *Engelhorn* (Erlangen).

Foetus und Neugeborenes:

Bonnet-Laborderie, A.: Considérations nouvelles sur la mort subite des enfants hérédo-syphilitiques immédiatement après la naissance. (Neue Betrachtungen über den plötzlichen Tod hereditär syphilitischer Kinder unmittelbar nach der Geburt.) Pédiatr. prat. Jg. **11**, Nr. 5, S. 84—87. 1913.

Nach Ansicht des Verf. gehen diese Kinder, die nicht immer lebensunfähig sein müssen, im Gegenteil oft vollkommen normal entwickelt sind, an einer Asphyxie infolge mechanischer Hindernisse zugrunde. Die Ursache hierfür ist das enorm aufgetriebene Abdomen, das die Folge von tiefgreifenden Veränderungen der Bauchorgane und von Ascites ist. Beim Neugeborenen herrscht der abdominale Atmungstypus vor; das Zwerchfell bleibt infolge der Ausdehnung des Leibes unbeweglich, das Kind muß also ersticken. Die Punktion des Ascites ist zu versuchen, wenn sie auch nur bei leichten Organveränderungen die Gefahr beseitigen kann; bei zu schweren Organerkrankungen jedoch hilft auch dieses Mittel nichts. *Jaeger* (München).

Zarfl, Max: Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus. (*N.-ö. Land.-Zentralkinderh.*) Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Jg. **12**, Nr. 10, S. 136—138. 1913.

Kind einer gesunden 19jährigen Erstgebärenden wurde mit Blasenausschlag geboren, der hauptsächlich an Beinen und Armen, vereinzelt auch im Gesicht und an den Fußsohlen saß. Unter Anwendung von Bädern mit Zusatz von Kal. hypermang. nach wenigen Tagen Abheilung. Inzwischen noch einige Nachschübe auf dem behaarten Kopf und an den Fingern. Keine Infiltration der Umgebung, kein Fieber, nur leichte Verdauungsstörungen. Lues war ausgeschlossen. Zweimal negative Wassermannsche Reaktion bei Kutter und Kind.

Die Ursache ist unklar. Weder die Infektion von der Scheide aus, noch die hämatogene Übertragung von Keimen seitens der Mutter ist in diesem Falle wahrscheinlich.
Holste (Stettin).

Pern, S.: Some congenital abnormalities of the thyroid gland. (Einige kongenitale Abnormitäten der Schilddrüse.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 101, S. 1087—1090. 1913.

Der erste Fall betrifft einen Säugling, der mit einem großen Kropf auf die Welt gekommen war, den er unter Calcium lacticum-, später Thyreoidinbehandlung verlor. Die Mutter des Kindes hat einen Kropf mit leichten thyreotoxischen Erscheinungen und leidet an Menorrhagien. Auch in der Familie des Vaters ist Kropf, ein Bruder desselben leidet an Hämophilie. Im zweiten Fall besteht eine die Trachea komprimierende Struma, in der Aszendenz zahlreiche thyreotoxische Kröpfe. Erfolgreiche Behandlung mit Calcium lacticum. Die Untersuchung der Milch der Mutter ergab eine Verminderung des Calciumgehaltes derselben gegenüber der Norm. Schließlich berichtet der Autor über eine Frau mit Insuffizienzerscheinungen seitens der Schilddrüse, die schon mehrere Kinder mit Tetanie zur Welt gebracht hat. Die bei Säuglingstetanie häufig beobachteten Blutungen in den Epithelkörperchen will der Verf. durch die stark gesteigerten Anforderungen an ihre Funktion und die daraus resultierende erhöhte Vascularisation erklären. *J. Bauer* (Innsbruck).[M]

Radwańska, W. v.: Der angeborene gänzliche Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. (*Univ.-Frauenklin., Krakau.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. **7**, H. 14, S. 515—517. 1913.

Inhalt erhellt aus dem Titel: im ganzen sind 14 Fälle von Prolapsus uteri bei Neugeborenen bekannt; 12 mal war gleichzeitig eine Spina bifida vorhanden: die Spina verursacht eine schlechte Innervierung des Beckenbodens und begünstigt die Entstehung des Prolapses. *Grünbaum* (Nürnberg).

Bonnaire, E., et G. Ecalle: De la disjonction diaphyso-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus chez le nouveau-né (pseudo-luxation de l'épaule). (Über die traumatische Diaphysen-Epiphysen-Trennung des oberen Humerusendes beim Neugeborenen [Pseudoluxation der Schulter].) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 8, S. 49—66. 1913.

Folgende Beobachtung gab Anlaß zu den Untersuchungen:

Bei einer II-p. war das in Steißlage befindliche Kind extrahiert worden. Das Kind konnte den hinter der Symphyse gelegenen Arm nicht rühren. Bei der Palpation fand sich an der Vorderwand der Achselhöhle ein kleiner Vorsprung, an dem man die mit dem unteren Ende des Humerus gemachten Bewegungen fühlen konnte. Es wurde eine Luxatio subcoracoidea angenommen und demgemäß der Arm behandelt. Nach 14 Tagen Heilung.

Die Verff. suchten nun an Leichen Neugeborener diese Verletzung nachzumachen. Das gelang nicht, wie die Sektionen ergaben. Jedesmal, wenn man nach den Symptomen eine Luxation erwartete, handelte es sich um eine Trennung der Epiphyse von der Diaphyse; demnach handelte es sich auch bei dem von den Verff. beobachteten Falle nicht um eine Luxation, sondern um eine Epiphysenloslösung. Die Verff. haben nun an Leichen Neugeborener diese Verletzung genau studiert und beschreiben ausführlich 1. den Mechanismus derselben bei spontaner wie artifiziell beendigter Geburt: wo beim Erwachsenen eine Luxation entstehen würde, kommt es beim Neugeborenen zur Epiphysenlösung; 2. die pathologische Anatomie: einfache Loslösung oder Trennung mit Verschiebung der Knochenteile nach innen oder hinten; 3. Symptome der mit

Knochendislokation einhergehenden Trennung: in der Achselhöhle befindlicher Vorsprung (Hauptkennzeichen!), vollkommene Functio laesa, Innenrotation und Hyperpronation des Vorderarms, ev. Kompression der Nerven und Gefäße; 4. Prognose: bei richtiger Erkennung und Behandlung gut; 5. Diagnose: da die einfache Loslösung so gut wie keine Symptome macht, wird diese öfters übersehen, als man glaubt; bei der mit Knochenverschiebung einhergehenden Trennung muß man sich vor Verwechslung mit der Luxation des Humeruskopfes hüten und deshalb stets nach diesem suchen. Die Röntgenstrahlen bieten keinen Anhaltspunkt beim Neugeborenen. 6. Therapie: Ist keine Knochenverschiebung vorhanden, genügt Ruhigstellung, im anderen Fall Einrichtung und Verband, wobei man sich am besten des Vorderarmes als Bruchschiene bedient. *Jaeger* (München).

Fowler, Royale Hamilton: Lower arm type of obstetric (brachial) paralysis. Report of a case. (Ein Fall von unterer Plexuslähmung des Armes bei der Geburt.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 6, 196—199. 1913.

Mutter des Kindes hatte vorher drei normale Geburten; bei der vierten soll die Hebamme stark am Arme des Kindes gezogen und dieses Vorgehen damit begründet haben, daß „Verblutungsgefahr infolge Zerreißung der Nabelschnur" bestand; es folgte auch nach Geburt des Kindes eine beträchtliche Blutung. Unmittelbar danach wurde die Armlähmung des Kindes bemerkt. Anfänglich besserte sich der Zustand teilweise; mit 6 Wochen Contractur aller Finger; mit 2 Jahren ganz geringe Beweglichkeit des Daumens. Flexionsstellung im Handgelenke. Beschreibung des Zustandes bei dem 3jährigen Kinde; es handelt sich nicht um den gewöhnlichen Duchenneschen Typus von Geburtslähmung, welcher durch Druck auf Hals und Schulter entsteht, sondern um die seltenere, von Dejerine-Klumpke beschriebene Form. Besprechung des Entstehungsmodus. Die Behandlung (in frischen Fällen) soll eine chirurgische sein; die wenigen bisher operierten Fälle und die Erfolge dieser Behandlung werden kurz mitgeteilt. *Schmid* (Prag).

Sauvage, C.: De l'oedème généralisé du foetus. (Über allgemeines Ödem des Foetus.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Jg. **40**, (H. 7) S. 385—397. 1913.

Zwei Fälle. Erster Fall: Frau von 44 Jahren, 3 frühere Schwangerschaften mit Ödemen der Mutter. Bei den zwei letzten Schwangerschaften Tod der Frucht im 7. und 8. Monat. Bei der 4. Schwangerschaft Austreibung im 8. Monat eines toten Kindes von 3200 g. Hydrops universalis foetus. Wassermann negativ bei Mutter und Kind, Treponema abwesend in den kindlichen Geweben. Haematopoetische Nester mit kernhaltigen roten Blutkörperchen in der Leber, der Milz und den Nieren, Infiltration von Mononucleären.

Genaue Angaben über die chemische Zusammensetzung der fötalen subcutanen Gewebsflüssigkeit. Nierenfunktionsprüfung der Mutter.

Zweiter Fall: 31 Jahre. Ein Abort im dritten Monat. Ödem der Mutter. Schwangerschaft ausgetragen. 6 l Fruchtwasser. Kind 4880 g. Hydrops universalis foetus. Stirbt nach einigen Atemzügen. Leber: haematopoetische Nester. Milz: zahlreiche polynucleäre und acidophile Myelocyten. Nieren: auch streckenweise Infiltration von Polynukleären und Mononucleären. Wassermann negativ bei Frau und Kind. Treponema abwesend in den kindlichen Geweben.

Literaturergebnisse über die Pathogenese des Hydrops foetus: Mißbildungen, welche die normale Zirkulation hindern, viscerale Läsionen, welche die allgemeine Nutrition stören (mechanische und toxische Ursache). Oft ist Leukämie vorhanden, deutlich in Verbindung mit Modifikationen der haematopoetischen Organe; auf diesem Gebiete soll man jedoch vorsichtig sein, denn die Blutformel zu den verschiedenen Zeiten des intra-uterinen Lebens ist nicht genau bekannt. Das normale kindliche Serum wurde untersucht und es wurde gefunden: Chlorsalze 5,11—5,77%, Harnstoff 0,25 bis 0,45%‰; für das Gesamtblut wurde gefunden: Chlorsalze 4,03—4,45%‰, Harnstoff 0,26—0,31%‰. In einem von den beiden oben zitierten Fällen war die Menge der Chlorsalze im Gesamtblut und besonders in der Ödemflüssigkeit deutlich größer als im Serum. Die Hyperchloruration spielt also eine wesentliche Rolle. Zu gleicher Zeit waren Läsionen der Nieren, Leber und Milz anwesend. Hypertrophie der Leber, Milz und der Placenta war in einem Falle vorhanden ohne Syphilis. Ödem und Albuminurie der Mutter können sowohl die Folge der kolossalen Entwicklung der Gebärmutter sein, als die Ursache des Hydrops. In einem Falle schien jedoch die Störung der Nierenfunktion davon unabhängig zu sein. *Daels* (Gent).

Bermbach: Eine außerordentlich seltene Mißbildung. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **19,** Nr. 15, S. 321—322. 1913.

Es handelt sich um einen Fall von Craniopagus. Die beiden Mädchen sind im Bereich der Pfeilnaht von der vorderen bis zur hinteren Fontanelle miteinander verwachsen und waren zur Zeit der Untersuchung 14 Monate alt. *Jaeger* (Leipzig).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Voelckel, Ernst: Untersuchungen über die Rechtshändigkeit beim Säugling. (*Univ.-Kinderklin., München.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **8,** H. 4, S. 351—358. 1913.

Eine Reihe von 52 Kindern, davon 43 im Alter bis zu einem Jahr wurde in der Weise auf Bevorzugung einer Hand bei Greifbewegungen untersucht, daß den Kindern ein Gegenstand vorgehalten wurde und in mehreren Versuchen festgestellt wurde, welche Hand in Aktion trat. Die Zusammenstellungen ergaben, daß etwa mit dem 8. Monat die rechte Hand der linken vorgezogen wird, während vorher sich beide Seiten die Wage halten. Bei zwei Kindern wurde sichtlich die linke Seite vorgezogen, es handelte sich wahrscheinlich um Linkser. *Neurath* (Wien).[K]

Schkarin, A.: Über Ekzema bei Säuglingen im Anschluß an die Lehre von Diathesen im Kindesalter. (*Kinderklin. d. kais. milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **78,** H. 2, S. 156—166. 1913.

Nach einleitenden Bemerkungen über den Begriff der Diathese im allgemeinen sowie der exsudativen Diathese im besonderen kommt Verf. auf die Beziehungen der letzteren zum Status des Nervensystems. Er weist auf die auch sonst bekannte Tatsache hin, daß viele Ekzemfälle einer diätetischen und lokalen Behandlung trotzen, während andere ohne eigentliche Behandlung, ja trotz Gewichtszunahme abheilen. Schkarin ist der Ansicht, daß die hartnäckigen Fälle meist Kinder mit gesteigerter Nervenerregbarkeit betreffen. Er macht darauf aufmerksam, daß in der Familie dieser Kinder sich oft Belastung mit Tetanie usw. findet. Die Fälle, die Verf. beschreibt, betreffen teils exsudative Kinder, bei denen die Symptome der Tetanie ausgeprägt sind, teils solche, bei denen sich nur eine gesteigerte elektrische Erregbarkeit findet. In diesen Fällen fand Verf. nur eine Besserung des Ekzems, wenn er mit der diätetischen Behandlung der exsudativen Diathese auch die Spasmophilie therapeutisch zu beeinflussen suchte. Er konstatierte eine bedeutende Besserung nach Gebrauch von Kalkpräparaten, Brom, Phosphorlebertran (? Ref.), teilweise wurden auch Kalk-Brom- und Phosphor-Kalkpräparate kombiniert (Calc. bromat. und Calc. acet. in 1—2 proz. Lösungen innerlich, Aq. calcis und Calc. sulfur. in der Lassarschen Paste äußerlich). Verf. hatte mit dieser kombinierten Ekzemtetanietherapie ausgezeichnete Erfolge. (Ob der Einfluß des Calciums der Besserung der Spasmophilie und nicht vielleicht der Wirkung auf die Hautgefäße und der dadurch hervorgerufenen Verminderung der Exsudation zuzuschreiben ist, wäre zu prüfen. Ref.) *Putzig* (Berlin).[K]

Fievez, René: Le babeurre, aliment-médicament chez le nourrisson malade. (Buttermilch als Heilnahrung bei kranken Säuglingen.) Scalpel et Liège méd. Jg. **66,** Nr. 4, S. 55—59. 1913.

Verf. hatte mit Buttermilch bei akuten und chronischen Magendarmstörungen und bei Sommerdiarrhöen gute Erfolge. *Nothmann* (Berlin-Wilmersdorf).[K]

Pisek, Godfrey R.: Diagnosis and lantern slide demonstration of spasm of the pylorus in children. (Diagnose und Röntgendemonstration von Pyloruskrampf bei Kindern.) (Clin. soc. of the New York post-graduate med. school a. hosp., meet., 21. III. 1913.) Post-graduate Bd. **28,** Nr. 6, S. 545—550. 1913.

Vortrag mit Demonstrationen von Röntgenbildern normaler und magenkranker Säuglinge. Der Wert der Röntgenmomentaufnahmen für das Studium und die genaue Erkenntnis der Magentätigkeit der Säuglinge insbesondere bei Pyloruskrampf und Pylorusstenose wird hervorgehoben. *Laubenburg* (Remscheid.)

Dubois, Maurice: Méningite colibacillaire aiguë et curable chez le nourrisson: Contribution à l'étiologie des convulsions essentielles de la première enfance. (Heilbare akute Kolimeningitis beim Säugling; Beitrag zur Ätiologie der essentiellen Konvulsionen der ersten Kindheit.) (*Clin. infant. de l'univ. de Liège.*) Scalpel et Liège méd. Jg. **66**, Nr. 5, S. 69—71. 1913.

Ein 8 Monate altes Kind erkrankte 2 Wochen nach einem Schnupfen unter fieberhaften, sich wiederholenden Konvulsionen. Objektive Meningitiszeichen fehlten. Ophthalmoskopisch fanden sich leichte Retinalblutungen. Die Lumbalpunktion förderte eine eiweiß- und leukocytenreiche (1220) Flüssigkeit zutage. Dieselbe enthielt reichlich Stäbchen, die sich morphologisch und kulturell als Kolibacillen identifizieren ließen. Die Lumbalpunktion hatte therapeutisch einen guten Erfolg. Von Wichtigkeit sind solche Beobachtungen für die Erkenntnis der organischen Natur vieler Fälle von Kinderkonvulsionen. *Neurath* (Wien).[K]

Priestley, John: Treatment of the verminous child. (Behandlung der Wurmkrankheit der Kinder.) Child Bd. **3**, Nr. 12, S. 1096—1099. 1913.

Londe, P.: Les bronchites méconnues des nourrissons. (Die verkannten Bronchitiden der Säuglinge.) Nourrisson Jg. **1**, Nr. 4, S. 206—211. 1913.

Es gibt so leichte und wenig Erscheinungen hervorrufende Bronchitiden bei Säuglingen, daß man sie bei nicht genügender Aufmerksamkeit übersieht. Selbst der Husten kann fehlen und so gering sein, daß die Eltern, nicht ausdrücklich danach gefragt, ihn dem Arzt nicht angeben. Da sich aus solchen leichten Bronchitiden schwerere entwickeln können, sollen sie behandelt werden. Verf. empfiehlt hierzu neben anderen Mitteln die Anwendung trockner Schröpfköpfe. *Nothmann.*[K]

Wolff, Siegfried: Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 25, S. 1199—1200. 1913.

Verf. berichtet von einem $1^1/_2$ Monate alten Kinde angeblich gesunder Eltern, das wegen Dyspepsie ins Krankenhaus gebracht wird. Der Aufnahmebefund ist normal; im Verlauf von 10 Tagen treten schwere Erscheinungen von Meningitis, Leber- und Milzschwellung auf mit folgendem Exitus. Sektion ergab hereditäre Lues mit syphilitischen Veränderungen der Meningen, Leber, Milz, Knorpelknochengrenzen. Zahlreiche Spirochäten. Nachträglich gibt die Mutter an, daß sie im 5. Schwangerschaftsmonat eine intensive Salvarsan-Quecksilberkur durchgemacht hat. Wichtig dabei ist die Feststellung, daß das Kind bei der Einlieferung nicht die geringsten luetischen Symptome gezeigt hat, daß also ein ausgetragenes und sich längere Zeit hindurch normal entwickelndes Kind doch eine schwere Lues in sich bergen, und daß man aus dem Fehlen deutlich sichtbarer Symptome noch gar keinen Schluß auf die Gesundheit des Kindes ziehen kann. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

● **Guelmi, C. A.: L'igiene del bambino 2. ediz.** (Die Hygiene der Kinder.) Piacenza: Arti Graf. Dante Foroni. 1913. 55 S.

Neurologie und Psychiatrie:

Joltrain, Ed.: Syndrome méningé fruste d'origine syphilitique ayant simulé une affection abdominale. (Verborgene meningitische Syndrome syphilitischen Ursprungs, eine Unterleibserkrankung vortäuschend.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **24**, Nr. 7, S. 363—365. 1913.

Verf. beschreibt die Erkrankung einer 27 jährigen Frau, die unter Allgemeinsymptomen (Erbrechen, Dyspepsie, Kopfschmerzen, Fieber, Abmagerung) $1^1/_2$ Monate nach einem Abort erkrankt. Es wird eine Appendicitis angenommen und Appendektomie ausgeführt. Symptome verschwinden nicht. Nachdem alle diagnostischen Erwägungen versagt haben, wird eine Lumbalpunktion vorgenommen, die positiven Wassermann ergibt. Antisyphilitische Kur bringt volle Heilung. *Weißwange* (Dresden).

Gunzburg, I.: Die physiologische Behandlung der Ischias. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. Bd. **17**, H. 7, S. 398—402. 1913.

Es wird zur rationellen Behandlung der Ischias eine möglichst genaue Feststellung der Ursache gefordert. Unter 60—70 diesbezüglich genau untersuchten Fällen spielten die zufälligen Ursachen (Erkältung, Ermüdung) nur die auslösende Rolle der im übrigen organisch bedingten Affektion. Als Ursachen der Ischias haben zu

gelten Tumoren des kleinen Beckens, Krankheiten des Rückenmarks und Neurasthenie, Hysterie, heftige Bewegungen beim Heben oder Stoßen, Folgeerscheinungen bei Pes valgus, endlich die beiden Hauptgruppen: Ischias infolge von Muskelentzündung und subcutaner Infiltration, und infolge von Infektionen und Intoxikationen. Danach hat sich die Behandlung zu richten, für die Fälle mit Muskelinfiltration ist energische Massage, dann Heißluftbehandlung und Mechanotherapie angezeigt. *Fleischmann.*[M]

Gerichtliche Medizin:

Rintelen, August: Über die forense Bedeutung der Röntgenstrahlen. Eine chronologische Fortsetzung der Abhandlung des Dr. Goldfeld in Bd. 6 (des Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalistik, S. 161). Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalistik Bd. 54, H. 1/2, S. 114—129. 1913.

Nicht nur in diagnostischer, sondern auch prognostischer Hinsicht sind die Röntgenstrahlen unentbehrlich geworden. Besondere Aufklärung leisten sie über die indirekten Folgen eines Traumas (Atrophie der Knochen, Kalkablagerungen in den Weichteilen, Verwachsungen von serösen Häuten) und geben gerade in dieser Beziehung, sowohl im Zivil- als Strafprozeß einen sicheren Fingerzeig. Hinweis auf die forensisch wichtigen, bekannten Schäden (Verbrennungen und ihre Folgen), die durch Röntgenstrahlung entstehen. *Dorn* (Kempten).

Soziales. Statistik:

Massey: What New Zealand does to promote the health of the women and children. (Was Neu-Seeland für die Gesundheit von Frauen und Kindern tut. Publ. health journal Bd. 4, Nr. 8, S. 462—464. 1913.

Dross: Aus dem Rechte der unglücklichen Ehe. Jugendfürsorge Jg. 14, H. 8, S. 478—480. 1913.

Zwei durch Beispiele begründete Mängel im Gesetze: Unmöglichkeit der Verhinderung des Verkehrs zwischen dem geschiedenen Manne und dem der Frau zugesprochenen Kinde, und Ehelichkeitsvermutung zweifellos unehelicher Kinder bei getrennt lebenden Eheleuten bis zur Anfechtung seitens des Mannes. *Stähler.*

Hoffmann, Géza von: Die Durchführung der Sterilisierungsgesetze in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jg. 10, H. 5/6, S. 297—302. 1913.

In neun Staaten Nordamerikas bestehen Gesetze, welche die Unfruchtbarmachung Minderwertiger vorsehen. Der Eingriff besteht in der Resektion der Samenleiter bzw. der Tuben. In den meisten Staaten entscheiden besondere Ausschüsse darüber, an welchen Insassen der Gefängnisse, öffentlichen Anstalten für Schwachsinnige, Irre, Alkoholiker usw. die Operation im Interesse der betr. Personen selbst und der Gesellschaft (Rassenhygiene) ausgeführt werden soll. In zwei Staaten kann die Sterilisierung vom Gericht als ergänzende Strafe (hauptsächlich bei Sittlichkeitsverbrechern) verhängt werden. An einer größeren Zahl von Personen wurde der Eingriff im Staate Indiana (ca. 300) und in Kalifornien (ca. 269) vorgenommen. „Über die Erfolge verlautet nur Günstiges." In beiden Staaten haben die Gerichte das Gesetz als nicht verfassungswidrig erklärt. In den anderen Staaten ist die Operation bisher unterblieben bzw. nur vereinzelt durchgeführt, zum Teil, weil die Ärzte fürchteten, durch die Gerichte nicht genügend geschützt zu sein. *Heuck* (Ludwigshafen).

Mack, C. W.: The psychiatrical aspects of a sterilization law. (Ansicht eines Psychiaters über das Sterilisationsgesetz.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. 12, Nr. 8, S. 421—424. 1913.

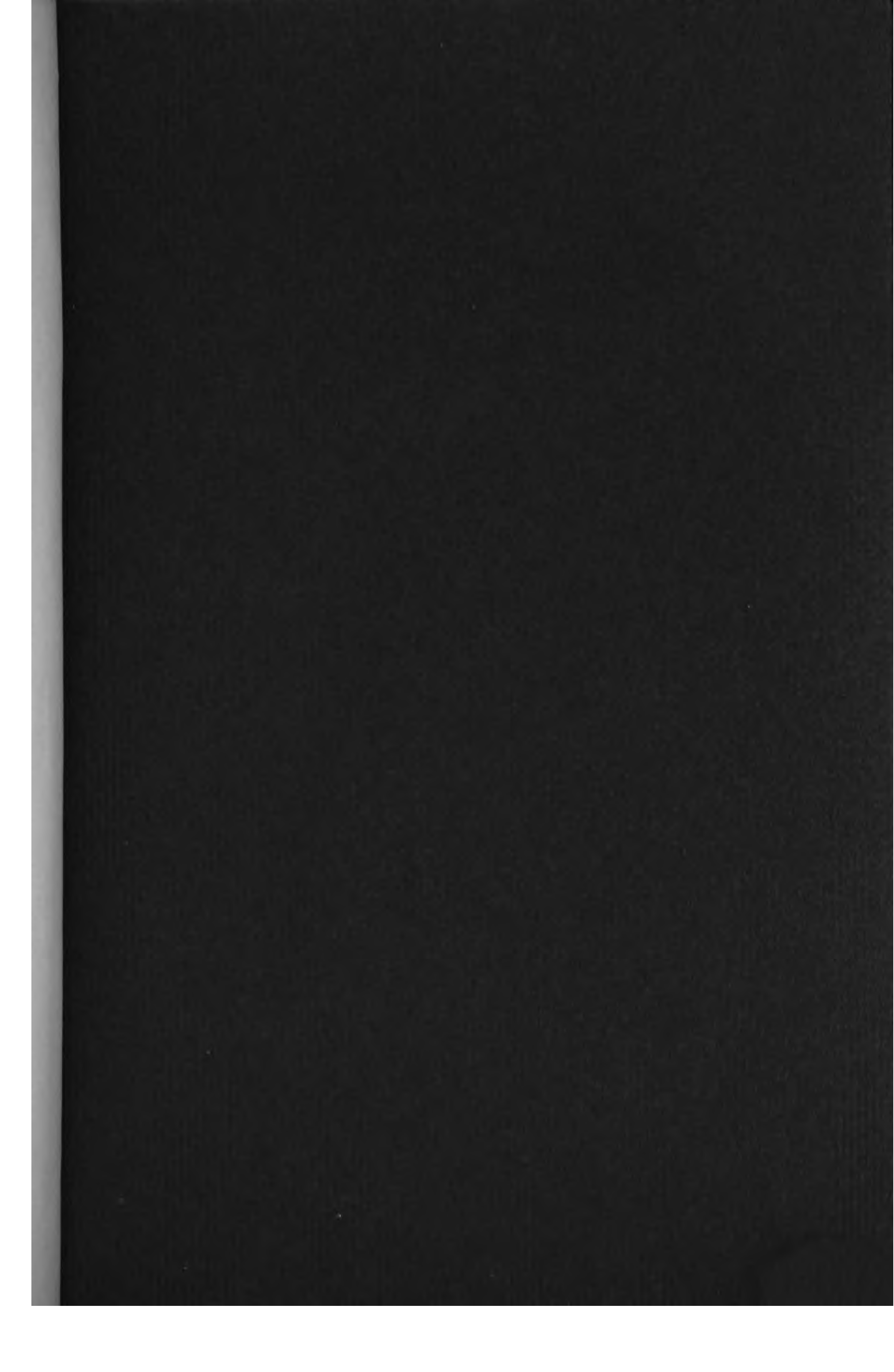
Das Sterilisationsgesetz, das in den letzten Jahren in mehreren Staaten eingeführt wurde, ist nach Ansicht des Verfassers bei Geisteskranken nicht erprobt, teilweise schädlich und, da die Frage der Erblichkeit nicht völlig geklärt ist, voreilig erlassen. *Schäfer* (Berlin).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band II, Heft 16. S. 785—866.

Autorenregister.

Zusammenstellung der in diesem Bande enthaltenen „Ergebnisse“ siehe 3. Seite des Inhaltsverzeichnisses.

Sachregister.



Zentralblatt für die gesamte gynaekologie und geburtshilfe...

